

BADANIA PRZESIEWOWE POD KĄTEM PRZEMOCY WOBEC OSÓB STARSZYCH PAKIET MATERIAŁÓW SZKOLENIOWYCH



SAVE

2020-1-PL01-KA202-081643



Współfinansowany w ramach
programu Unii Europejskiej
Erasmus+

WWW.PROJECTSAVE.EU



Zastrzeżenie:

Ten projekt został sfinansowany przy wsparciu Komisji Europejskiej / Programu Erasmus+. Niniejsza publikacja odzwierciedla wyłącznie poglądy autorów, a Komisja nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek wykorzystanie zawartych w niej informacji.

Autorzy:

Ten dokument został opracowany przez partnerstwo projektu SAVE w składzie:

- PCG Polska Sp. z o.o. – Polska (koordynator)
- VoiVa – Finlandia
- Anziani e non solo – Włochy
- Cooperativa assistenza disabili infermi anziani infanzia – Włochy
- Universidade do Minho – Portugal
- Cyprus University of Technology – Cypr

Opracowanie tego rezultatu było koordynowane przez Anziani e non solo i VoiVa.

Spis treści

Wprowadzenie	3
Projekt SAVE	3
Program szkoleniowy	4
Jak korzystać z tego programu szkoleniowego?	6
MODUŁ 1 – Wprowadzenie do rozpowszechnienia zjawiska przemocy wobec osób starszych, oznak i objawów	7
Struktura modułu	7
Podstawy teoretyczne	9
Ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się	20
Wykaz źródeł	27
MODUŁ 2 – Badania przesiewowe w kierunku przemocy wobec osób starszych	29
Struktura modułu	29
Zawartość teoretyczna	31
Ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się	50
Wykaz źródeł	60
Moduł 3 – Jak przeprowadzać screening: etyka i prawo do prywatności	64
Struktura modułu	64
Tło teoretyczne	65
Ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się	76
Wykaz źródeł	81
MODULE 4 - Wyzwania w pracy z ofiarami przemocy	82
Struktura modułu	82
Tło teoretyczne	84
Ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się	101
Wykaz źródeł	104
Ocena efektów uczenia się	107

Wprowadzenie

Projekt SAVE

SAVE jest europejskim projektem finansowanym w ramach programu Erasmus+.

Szczegółowe cele projektu to:

- zwiększenie wiedzy o narzędziach przesiewowych i ich przydatności w identyfikacji przemocy wobec osób starszych w usługach opieki społecznej i zdrowotnej;
- poprawa zdolność pracowników opieki społecznej i zdrowotnej do identyfikowania przypadków przemocy wobec osób starszych, interweniowania oraz wspierania i kierowania tych osób do odpowiednich służb;
- rozwijanie kompetencji edukatorów w zakresie szkolenia profesjonalistów, jak radzić sobie z przemocą wobec osób starszych oraz wspieranie i mentorowanie ich;
- stworzenie interaktywnego programu szkoleniowego w celu poprawy aktywnego i innowacyjnego kształcenia się profesjonalistów nauczających w obszarze opieki społecznej i zdrowotnej, a także trenerów i specjalistów w zakresie identyfikacji i interwencji w przypadku przemocy wobec osób starszych.

Grupy docelowe projektu SAVE to:

- specjaliści opieki społecznej i zdrowotnej świadczący usługi w ramach opieki domowej, a także pracujący w stacjonarnych zakładach opieki, ośrodkach zdrowia i szpitalach;
- nauczyciele i trenerzy opieki społecznej i zdrowotnej;
- lokalni/regionalni decydenci w obszarze opieki społecznej i zdrowotnej.

Niniejszy dokument jest dorobkiem intelektualnym numer 2 projektu: Program szkoleniowy oraz materiały dotyczące identyfikacji i interwencji w przypadku przemocy wobec osób starszych, przewidziane do wdrażania podczas bezpośrednich spotkań (twarzą w twarz).

Program szkoleniowy

Grupa docelowa

Grupą docelową tego programu szkoleniowego są pracownicy opieki społecznej i zdrowotnej pracujący w opiece domowej, placówkach opiekuńczych, ośrodkach zdrowia i szpitalach. Grupa ta może obejmować różnych specjalistów, takich jak: lekarze, pielęgniarki, asystentki pielęgniarstwa, terapeuci, psychologowie, pracownicy socjalni, pedagodzy społeczni itp.

Cele nauczania

Pod koniec szkolenia uczestnicy powinni wiedzieć:

- co to jest przemoc wobec osób starszych,
- jak rozpoznać przypadki znęcania się nad osobami starszymi stosując metody i narzędzia przesiewowe

Czas trwania i zakres

Szkolenie powinno trwać co najmniej 12 godzin i składać się z czterech modułów po trzy godziny każdy.

Zawartość poszczególnych modułów jest następująca:

Moduł 1	Moduł 2
Wprowadzenie do rozpowszechnienia zjawiska przemocy wobec osób starszych, oznak i objawów	Po co prowadzić badania przesiewowe: narzędzia do wykrywania przemocy
Definicja przemocy wobec osób starszych	Badanie przesiewowe / rutynowe zadawanie pytań: definicje
Rodzaje nadużyć	Korzyści z badań przesiewowych / przyczyny niezgłaszania przemocy wobec osób starszych
Środowiska, w których przemoc wobec osób starszych może mieć miejsce	Badania przesiewowe osób starszych / badania przesiewowe opiekunów
Rozpowszechnienie problemu znęcania się nad osobami starszymi	Najczęściej używane narzędzia przesiewowe: charakterystyka i zastosowanie
Jak rozpoznać przemoc wobec osób starszych: oznaki i objawy	Kontekst, w którym można zastosować narzędzia przesiewowe
Ocena oznak i objawów przemocy wobec osób starszych	

Moduł 3

Jak prowadzić badania przesiewowe: etyka i prywatność

Możliwe problemy etyczne związane z badaniami przesiewowymi (ograniczenia poufności; obowiązek zgłoszenia; samostanowienie; osoby starsze z ograniczeniami poznawczymi)

Kwestie prywatności związane z badaniami przesiewowymi: komu można/powinno się udostępniać informacje; jak postępować z wynikami badań przesiewowych

Moduł 4

Wyzwania w pracy z ofiarami przemocy

Bariery w ujawnianiu przemocy przez pacjentów

Radzenie sobie z ujawnieniem przemocy

Opracowanie planu bezpieczeństwa

Metodologia szkolenia

Szkolenie obejmuje kombinację sesji teoretycznych / burzy mózgów i ćwiczeń praktycznych / aktywnych zajęć edukacyjnych, aby zaangażować profesjonalistów do praktycznego zastosowania poznanej teorii.

- Sesja wprowadzająca: jest to krótka (10 do 20 min.) sesja, podczas której trener przekazuje kilka kluczowych wiadomości lub informacji potrzebnych uczestnikom do kontekstualizacji tematu. Jest to wykład oparty na treściach teoretycznych opisanych w modułach, po którym następują:
- Ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się: aktywne uczenie się to podejście do nauczania, które polega na aktywnym angażowaniu uczestników w materiał kursu poprzez dyskusje, rozwiązywanie problemów, studia przypadków, odgrywanie ról i inne metody. Po sesjach wprowadzających uczestnicy będą zaangażowani w jedno lub więcej ćwiczeń, aby móc zastosować zdobytą wiedzę.

Ocena szkolenia:

Kwestionariusz oceny jest udostępniany na koniec programu szkoleniowego w celu oceny wiedzy zdobytej przez uczestników.

Jak korzystać z tego programu szkoleniowego?

Program może być prowadzony przez profesjonalistów z sektora opieki zdrowotnej, opieki społecznej i prawa, którzy mają solidną wiedzę na temat przemocy wobec osób starszych. Wymagane są również dobre umiejętności facylitacji.

Program jest rozpowszechniany na licencji Creative Common, Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych (CC BY-NC-ND). Licencja ta pozwala na pobranie niniejszej pracy i udostępnienie jej innym, pod warunkiem uznania autorów, ale nie można jej zmieniać ani wykorzystywać komercyjnie.

[View License Deed](#) | [View Legal Code](#)

MODUŁ 1 – Wprowadzenie do rozpowszechnienia zjawiska przemocy wobec osób starszych, oznak i objawów

Struktura modułu

Tytuł	Wprowadzenie do rozpowszechnienia zjawiska przemocy wobec osób starszych, oznak i objawów.
Cele	<p>Podniesienie poziomu wiedzy pracowników pomocy społecznej i ochrony zdrowia na temat problemu przemocy wobec osób starszych.</p> <p>Zwiększenie świadomości pracowników pomocy społecznej i ochrony zdrowia na temat znaczenia wczesnego rozpoznawania oznak i symptomów wszelkiego rodzaju przemocy wobec osób starszych.</p> <p>Poprawa umiejętności i kompetencji pracowników pomocy społecznej i ochrony zdrowia w zakresie oceny oznak i symptomów przemocy wobec osób starszych, tak by mogli interweniować, wspierać ofiary i kierować przypadki przemocy do odpowiednich służb.</p>
Wyniki nauczania	<p>Na zakończenie modułu uczestnicy będą:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Umieli zdefiniować znęcanie się nad osobami starszymi;▪ Rozróżniać różne typy nadużyć;▪ Świadomi, że znęcanie się nad osobami starszymi może mieć miejsce w różnych sytuacjach;▪ Świadomi powszechności przemocy wobec osób starszych w Europie i na świecie;▪ Potrafili rozpoznać oznaki i symptomy różnych rodzajów przemocy wobec osób starszych;▪ Umieli ocenić oznaki i objawy przemocy wobec osób starszych i odróżnić je od normalnych zmian związanych z wiekiem i chorobami przewlekłymi.
Czas trwania	<p>3 godziny:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 45 min. – 1 godz. sesja wprowadzająca / burza mózgów

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 min. (2x10 min.) przerwy ▪ 1 godz. i 30 min. ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się ▪ 10 min. czasu dodatkowego (rozgrzewka, oczekiwanie na uczestników, odpowiadanie na pytania)
Potrzebne zasoby	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Okrągłe stoły z 4-6 krzesłami przy każdym w zależności od wielkości grupy ▪ Komputer ▪ Projektor ▪ Ekran ▪ Jeden flipchart na stół i jeden dla instruktora ▪ Markery w różnych kolorach przy każdym stole ▪ Materiały szkoleniowe ze scenariuszami
Kluczowe informacje	<p>Przemoc wobec osób starszych to ogólnoswiatowy problem w obszarze zdrowia publicznego.</p> <p>Znęcanie się nad osobami starszymi jest zgłaszane zbyt rzadko.</p> <p>Ze względu na starzejącą się populację zwiększa się częstość występowania znęcania się nad osobami starszymi.</p> <p>Przemoc wobec osób starszych jest pogwałceniem praw człowieka.</p> <p>Przemoc wobec osób starszych jest zjawiskiem o poważnych konsekwencjach medycznych i społecznych.</p> <p>Lepsza identyfikacji problemu i interwencja w przypadku wykorzystywania i zaniedbywania osób starszych to poprawa ich zdrowia i bezpieczeństwa.</p>
Karty pracy	Scenariusze

Podstawy teoretyczne

Starzenie się populacji to zjawisko, które dotyka prawie każdy rozwinięty kraj na świecie. Europa stoi w obliczu przyspieszonego procesu starzenia, który nasili się w ciągu najbliższych czterech dekad. Szacowany odsetek osób powyżej 65. roku życia ma wynieść 28,5% w 2050 r. i 29,5% w 2060 r. (EUROSTAT, 2019). Oczekuje się, że wraz ze starzeniem się populacji wzrośnie liczba zależnych osób starszych, podatnych na nadużycia. Rosnąca liczba osób starszych implikuje wzrost liczby osób z zaburzeniami funkcji poznawczych i chorobą Alzheimera, które są uważane za czynniki ryzyka nadużyć (WHO, 2016). Należy również wziąć pod uwagę zmiany demograficzne, ponieważ kobiety stanowią większość starszej populacji we wszystkich narodach. Obecnie 58% starszych kobiet mieszka w krajach rozwijających się, a do 2025 roku liczba ta wzrośnie do 75% (WHO/INPEA, 2002). W niektórych krajach starsze kobiety są bardziej narażone na nadużycia fizyczne niż starsi mężczyźni z powodu dyskryminacji, postaw społecznych i braku ochrony ich praw człowieka (Perttu i Laurola, 2020). Ponadto kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, co powoduje, że kobiety stanowią większość w najstarszych grupach. To może sprawić, że będą bardziej podatne na nadużycia z powodu kombinacji ageizmu i seksizmu. (Brownell, 2014). W kontekście znęcania się nad osobami starszymi płeć została zatem uznana za potencjalny czynnik ryzyka (Pillemer i in., 2016).

Podjęto istotne wysiłki, aby odpowiedzieć na problem przemocy wobec kobiet. Wiele badań skupiało się na znęcaniu się nad osobami starszymi ogólnie lub nad młodszymi kobietami. Problem maltretowanych starszych kobiet nie został w pełni rozwiązany i brakuje programów interwencyjnych ukierunkowanych na kwestie specyficzne dla wieku (Yon, Mikton i in., 2019).

Przemoc wobec osób starszych jest pogwałceniem praw człowieka, prawa i praw medycznych (Światowa Organizacja Zdrowia., 2008), jest uważana za stresujące wydarzenie życiowe, które ma negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne starszych osób (Dong, Chang i Simon, 2013). Wiąże się to również z wysokim ryzykiem śmiertelności i zwiększonymi wskaźnikami przyjęć do szpitala (Wang i in., 2015). Przynosi szkodliwe skutki na wszystkich poziomach społeczeństwa, wpływając na zdrowie publiczne, koszty społeczne, zasoby i aktywność obywatelską (Pillemer i in., 2016; Ageless Alliance, 2017; Yon, Mikton i in., 2019).

1. DEFINICJA PRZEMOCY WOBEC OSÓB STARSZYCH

Przemoc wobec osób starszych jest postrzegana w literaturze w kategoriach „znęcania się nad osobami starszymi”, „maltretowania osób starszych” i „nieodpowiedniej opieki nad osobami starszymi”. W ciągu ostatnich kilku lat brakowało konsensusu co do definicji przemocy wobec osób starszych, ponieważ zjawisko to ma wiele konfiguracji, jest

wielowymiarowe, obejmuje zróżnicowany zestaw zachowań agresywnych, ofiar, sprawców i kontekstów (Dean, 2019; Santos i in., 2019).

Obecnie najczęściej stosowaną i powszechnie akceptowaną definicją przemocy wobec osób starszych jest ta opracowana w 1995 roku przez brytyjską organizację *Action on Elder Abuse*. Została ona przyjęta przez międzynarodowe instytuty, takie jak Międzynarodowa Sieć Zapobiegania Przemocy wobec Osób Starszych i Światowa Organizacja Zdrowia. Definiuje znęcanie się nad osobami starszymi jako: „**pojedynczy lub powtarzający się akt lub brak odpowiedniego działania, występujący w każdym związku, w którym istnieje oczekiwanie zaufania, co powoduje krzywdę lub cierpienie osoby starszej**” (Action on Elder Abuse, 1995).

Podobnie amerykańska Narodowa Akademia Nauk definiuje znęcanie się nad osobami starszymi jako: „(a) celowe działania, które powodują krzywdę lub stwarzają poważne ryzyko krzywdy (bez względu na to, czy krzywda jest zamierzona) dla bezbronnej osoby starszej ze strony opiekuna lub innej osoby pozostającej z nią w relacji zaufania, lub (b) niemożność zaspokojenia przez opiekuna podstawowych potrzeb osoby starszej lub ochrony osoby starszej przed krzywdą” (Pillemer i in., 2016).

Te dwie definicje mają wspólne cechy, takie jak: działania i zaniechania po stronie sprawcy, które powodują krzywdę lub stwarzają poważne ryzyko krzywdy dla podatnej na zagrożenia słabej osoby starszej. Sprawcą może być opiekun lub inna zaufana osoba (Perel-Levin, 2008; Pillemer i in., 2016).

2. RODZAJE NADUŻYĆ

Rozpoznano następujące rodzaje nadużyć (WHO/INPEA, 2002; Wang i in., 2015; Pillemer i in., 2016; Yon i in., 2017; Yon, Ramiro-Gonzalez i in., 2019):

- a) **Fizyczne/werbalne** – powodujące ból lub obrażenia w wyniku bicia, kopania, popychania, klepania, policzkowania, przypalania, przymusu fizycznego, obezwładniania fizycznego lub indukowanego przez leki, obelg i raniących słów, oczerniania, zastraszania, fałszywych oskarżeń, ataków słownych, gróźb, odrzucenia.
- b) **Psychologiczne/emocjonalne** – zachowania, które szkodzą poczuciu własnej wartości lub dobremu samopoczuciu, które powodują lub mogą powodować ból psychiczny, psychologiczny/emocjonalny ból i rozpacz, niepokój, udrękę, upokorzenie lub stres u osoby starszej.
- c) **Seksualne** – wszelkie rodzaje niedobrowolnego kontaktu seksualnego z osobą starszą (w tym przymusowe obcowanie z treściami seksualnymi).
- d) **Nadużycia finansowe lub materialne** – nielegalne lub niewłaściwe wykorzystanie lub użycie pieniędzy/środków osoby starszej, wyłudzenie i kontrola

pieniędzy z emerytury, kradzież mienia, wykorzystywanie osób starszych w celu zmuszenia ich do opieki nad wnukami.

- e) **Zaniedbanie** – odmowa lub niewywiązanie się z obowiązku opieki, np. zapewnienia leków, odzieży, wyżywienia lub odpowiedniego schronienia dla osoby starszej.

Niektórzy badacze uwzględniają również szóstą formę nadużycia, tj. **Nadużycie instytucjonalne**¹ – obejmujące zaniedbanie i złą praktykę opieki w instytucji ją sprawującej. Może to być szpital lub dom opieki. Nadużycia ze strony personelu mogą nie być celowe. Mogą wynikać po prostu z przyzwyczajenia pracowników do wykonywania czynności w określony sposób. Zaobserwowane formy nadużyć to: przemoc psychiczna, przemoc fizyczna, nadużycia finansowe, zemsta na fizycznie agresywnych mieszkańcach lub odmawianie im wyboru. Ponadto w placówkach instytucjonalnych obserwuje się również zjawisko przemocy między mieszkańcami.

3. KONTEKST PRZEMOCY WOBEC OSÓB STARSZYCH

Przemoc wobec osób starszych może mieć miejsce w różnych środowiskach:

- Warunki domowe (nadużycia popełniane przez dorosłych opiekunów, członków rodziny lub inne osoby)
- Placówki instytucjonalne, takie jak placówki opieki długoterminowej, domy opieki lub hospicjum (przemoc personelu nad mieszkańcami lub między mieszkańcami)
- Szpitale
- Placówki opieki dziennej
- Społeczność

(WHO/INPEA, 2002; Hoover i Polson, 2014; Yon, Ramiro-Gonzalez, i in., 2019; Światowa Organizacja Zdrowia, 2021)

4. ROZPOWSZECHNIENIE PROBLEMU ZNEĆCANIA SIĘ NAD OSOBAMI STARSZYMI

W badaniach rozpowszechnienia przemocy wobec osób starszych, wskaźniki wahają się od 1% do 35%. Tę ogromną rozbieżność można przypisać niespójności podejść metodologicznych, wielkości próby badawczej, zróżnicowaniu stosowanych definicji, klasyfikacji dochodów i norm społecznych krajów (Yon, Mikton i in., 2019).

W celu rozwiązania problemu i wyjaśnienia rozbieżności przeprowadzono kilka badań, obejmujących analizy podgrup i modele metaregresji. Wyniki zbiorczych szacunków

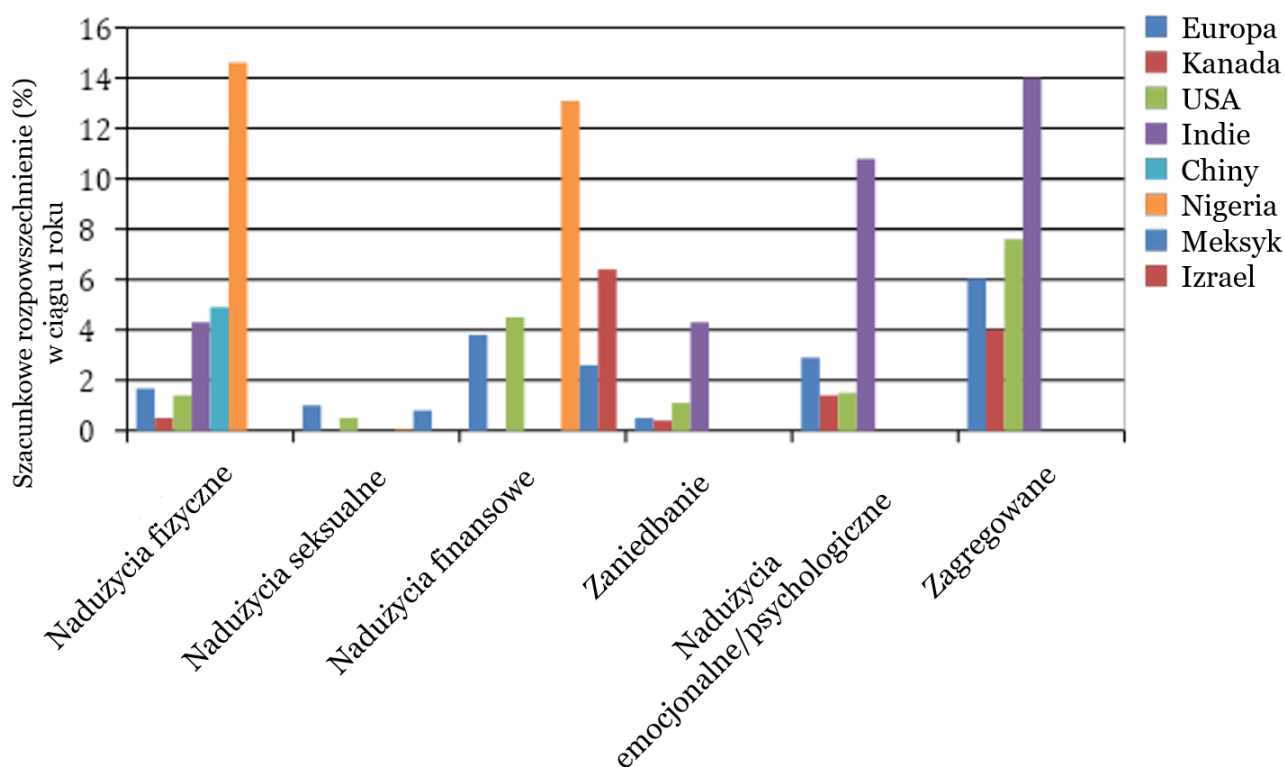
¹ Biggs i in., 2019; Kalaga i in., 2007

dotyczących częstości występowania zjawiska sugerują, że przemoc wobec osób starszych jest poważnym problemem globalny, jednak szacunki te mogą stanowić tylko wierzchołek góry lodowej, a **niektórzy eksperci uważają, że częstotliwość występowania przemocy wobec osób starszych jest zaniżona aż o 80%**. Istnieje wiele przyczyn takiego stanu rzeczy, w tym: izolacja osób starszych, obawa przed konsekwencjami, brak świadomości bycia ofiarą, brak jednolitych przepisów dotyczących zgłaszania aktów przemocy oraz ogólny opór osób – w tym profesjonalistów – wobec zgłaszania podejrzeń o nadużycia i zaniedbania osób starszych. Brakuje szkoleń dla pracowników pomocy społecznej i zdrowotnej na temat rozpoznawania oznak nadużyć i wspierania starszych ofiar, a krajowe wytyczne dotyczące opieki zdrowotnej i najlepsze praktyki w zakresie radzenia sobie z przemocą wśród starszych ofiar są nieodpowiednio opracowane (Światowa Organizacja Zdrowia, 2008). Ponadto osoby starsze z zaburzeniami poznawczymi są wykluczone z udziału w wielu badaniach, a jest to grupa szczególnie narażona na nadużycia (Pillemer i in., 2016). Te powody mogą prowadzić do mylnego wniosku, że przemoc wobec osób starszych albo nie występuje, albo występuje tylko w niewielkim stopniu.

Pillemer i in. (2016) przeprowadzili przegląd, który obejmował badania rozpowszechnienia nadużyć wobec osób starszych w populacji prowadzone do 2014 r. Wskaźniki występowania przemocy wobec osób starszych zgłoszone dla oddzielnych i zagregowanych form złego traktowania w okresie 1 roku wahały się od 0,04% do 14,6% (**tabela 1**).

Tabela 1.

Międzynarodowe wskaźniki rozpowszechnienia według rodzaju nadużycia



(Pillemer i in., 2016)

Znęcanie się fizyczne nad osobami starszymi było najbardziej spójnie mierzonym typem złego traktowania. Zagregowane nadużycia obejmowały wszystkie formy złego traktowania. W Europie wskaźniki rozpowszechnienia przemocy wobec osób starszych wahały się od 0,5% do 6,03% na przestrzeni roku, a akty przemocy postrzegane były przez osoby starsze jako dość lub bardzo poważne. Szczegółowe wartości przedstawiono poniżej:

- Nadużycia fizyczne 1,67%
- Nadużycia seksualne 1,0%
- Nadużycia emocjonalne/psychologiczne 2,9%
- Zaniedbanie 0,5%
- Nadużycia łącznie (zagregowane) 6,03%

Podczas gdy Indie odnotowały najwyższe wskaźniki odpowiednio w przypadku nadużyć łącznych i emocjonalnych (odpowiednio 14,0% i 10,8%), nadużycia fizyczne i finansowe najczęściej raportowano w Nigerii (14,6%, 13,1%).

Powyższe wyniki sugerują, że skala znęcania się nad osobami starszymi jest na tyle duża, że pracownicy opieki społecznej i służby zdrowia, którzy świadczą usługi na rzecz osób starszych, prawdopodobnie będą spotykać się z tym zjawiskiem nierzadko. Na przykład, korzystając z opisanych wskaźników chorobowości, można obliczyć, że klinicysta spotykający się z 20 osobami starszymi dziennie może każdego dnia mieć kontakt z jedną ofiarą przemocy wobec osób starszych (Pillemer i in., 2016).

Zbiorcze szacunki rozpowszechnienia przemocy wobec osób starszych w okresie jednego roku, wśród dorosłych w wieku 60 lat i więcej, przedstawione zostały w 2017 r. w pracy Yon i in. na podstawie przeglądu systematycznego i metaanalizy danych z 52 publikacji obejmujących 28 krajów (Yon i in., 2017). Przyjmowały one następujące wartości:

- **Nadużycia łącznie wobec osób starszych – 15,7%**, tj. 1 na 6 osób starszych dotknięta przemocą, co odpowiada 141 milionom ofiar rocznie na całym świecie. (Łączne nadużycie może składać się z dowolnej kombinacji podtypów nadużyć)
- Przemoc psychiczna 11,6%
- Nadużycia finansowe 6,8%
- Zaniedbanie 4,2%
- Przemoc fizyczna 2,6%
- Przemoc seksualna 0,9%

Regionalne różnice w znęcaniu się nad osobami starszymi mierzonym łącznie:

- Azja 20,2%,
- Europa 15,4%,
- Ameryka 11,7%.

Największe międzynarodowe badanie dotyczące rozpowszechnienia przemocy wobec osób starszych ABUEL (Abuse of the Elderly in the European Region) zostało przeprowadzone w 7 krajach europejskich i objęło 4467 osób w wieku 60-84 lata. Dane w okresie od stycznia 2009 do lipca 2009 dla poszczególnych krajów, przedstawione w **tabeli 2** pokazują, że: 19,4% osób starszych doświadczyło przemocy psychicznej, 2,7% przemocy fizycznej, 0,7%

wykorzystania seksualnego, 3,8% nadużyć finansowych i 0,7 obrażeń. Ponadto przemoc psychiczna najczęściej występowała w Szwecji (29,7%) i Niemczech (27,1%). Przemoc fizyczna zaś w Szwecji (4%) i na Litwie (3,8%). Nadużycia seksualne najczęściej raportowano w Grecji (1,5%) i Portugalii (1,3%). Nadużycia finansowe występowały najczęściej w Portugalii (7,8%) i Hiszpanii (4,8%), zaś urazy – na Litwie (1,5%) i Grecji (1,1%) (Soares i in., 2010).

Tabela 2. Badanie ABUEL. Rozpowszechnienie przemocy i urazów w siedmiu krajach europejskich.

Kraj	Psychologiczne %	Fizyczne %	Seksualne %	Finansowe %	Urazy %
Niemcy (n=648)	27.1	3.3	0.9	3.6	0.4
Grecja (n=643)	13.2	3.4	1.5	4.0	1.1
Włochy (n=682)	10.4	1.0	0.5	2.7	0.0
Litwa (n=630)	24.6	3.8	0.3	2.8	1.5
Portugalia (n=656)	21.9	2.1	1.3	7.8	0.7
Hiszpania (n=636)	11.5	1.4	0.3	4.8	0.5
Szwecja (n=626)	29.7	4.0	0.5	1.8	0.6
Razem (n=4467)	19.4	2.7	0.7	3.8	0.7

(Soares i in., 2010)

5. JAK ROZPOZNAĆ PRZEMOC WOBEC OSÓB STARSZYCH: OZNAKI I OBJAWY

Przemoc fizyczna	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skargi na fizyczne ataki ▪ Opiekun lub krewny wydaje się nadopiekuńczy, opowiada sprzeczne historie, nie pozostawia starszej osoby bez nadzoru ▪ Niewyjaśnione upadki i urazy, złamania z nieokreślonych przyczyn 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oparzenia i siniaki w nietypowych miejscach lub nietypowego rodzaju ▪ Rozcięcia, ślady palców lub inne dowody fizycznego przymusu, oznaki, że dana osoba mogła być więziona ▪ Osoba zwraca się o pomoc medyczną do różnych lekarzy lub ośrodków medycznych
Zaniedbanie	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niedożywienie lub odwodnienie bez związku z chorobą ▪ Dowody na nieodpowiednią opiekę lub złe standardy higieny, brudne ubrania, złe warunki życia ▪ Rany, które nie zostały opatrzone 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nadmierne powtarzanie recept lub zwiększone zapasy leków w domu z powodu zaniedbań w podawaniu. Oznaki zatrucia spowodowane przedawkowaniem
<p>Przemoc psychologiczna / emocjonalna</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zmiana nawyków żywieniowych lub problemy ze snem ▪ Strach, zmieszanie, rezygnacja ▪ Bierność, wycofanie lub depresja ▪ Bezradność, rozpaczliwość lub niepokój ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprzeczne stwierdzenia lub inne niejasności niewynikające ze splątania ▪ Niechęć do otwartej rozmowy ▪ Unikanie kontaktu fizycznego, wzrokowego lub werbalnego z opiekunem ▪ Izolacja osoby starszej przez innych
<p>Przemoc seksualna</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skargi dotyczące ataków na tle seksualnym ▪ Zachowania seksualne, które nie pasują do zwykłych relacji osoby starszej i jej wcześniejszej osobowości ▪ Niewyjaśnione zmiany w zachowaniu, takie jak agresja, wycofanie się lub samookaleczenie ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Częste skargi na ból brzucha lub niewyjaśnione krwawienie z pochwy lub odbytu ▪ Nawracające infekcje narządów płciowych lub siniaki wokół piersi lub okolic narządów płciowych ▪ Podarta, poplamiona lub zakrwawiona bielizna
<p>Przemoc finansowa lub materialna</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wypłaty, które nie odpowiadają zwykłym potrzebom osób starszych ▪ Zmiany w testamencie lub tytule majątkowym w celu pozostawienia domu lub majątku „nowym przyjaciołom lub krewnym” ▪ Utrata mienia ▪ Nielezione problemy medyczne lub problemy ze zdrowiem psychicznym 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utrata biżuterii lub rzeczy osobistych ▪ Poziom opieki nie jest współmierny do sytuacji finansowej lub dochodów osoby starszej ▪ Podejrzana aktywność na karcie kredytowej lub innych rachunkach bankowych ▪ Brak udogodnień, choć starsza osoba mogłaby sobie na nie pozwolić

(WHO/INPEA, 2002; Światowa Organizacja Zdrowia, 2008, 2021; Hoover i Polson, 2014)

6. CZYNNIKI RYZYKA PRZEMOCY WOBEC OSÓB STARSZYCH

W różnych krajach główne czynniki ryzyka są identyfikowane na poziomie jednostki (ofiary i sprawcy), relacji, społeczności i społeczeństwa. Zrozumienie tych czynników może pomóc w identyfikacji różnych możliwości zapobiegania zjawisku (Pillemer i in., 2016; CDC, 2020).

Poziom jednostki (Ofiara)

- Zależność, niepełnosprawność
- Zły stan zdrowia fizycznego
- Zaburzenia funkcji poznawczych, demencja
- Problemy behawioralne
- Zły stan zdrowia psychicznego
- Niskie dochody lub ubóstwo
- Płeć żeńska – kobiety są częściej ofiarami niż mężczyźni
- Wiek – ryzyko przemocy wzrasta wraz z wiekiem
- Zależność finansowa
- Rasa / pochodzenie etniczne, dyskryminacja

Poziom jednostki (sprawca)

- Problemy psychologiczne, choroba psychiczna
- Nadużywanie środków odurzających lub alkoholu
- Zależność finansowa
- Stres, wypalenie, duże obciążenie opieką
- Emocjonalne wyczerpanie

Relacja

- Uprzednie stosowanie przemocy
- Konflikt rodzinny i słabe relacje
- Finansowe/emocjonalne uzależnienie sprawcy od osoby starszej lub odwrotnie
- Brak wsparcia ze strony innych członków rodziny

Społeczność

- Utrata przyjaciół
- Izolacja społeczna osób starszych i opiekunów, ograniczony dostęp do wsparcia społecznego
- Brak usług wspierających / szkoleniowych dla opiekunów
- Brak dostępu do zasobów
- Położenie geograficzne

Spółczeństwo

- Normy kulturowe, które zachęcają do zachowań dyskryminacyjnych i marginalizujących wobec osób starszych
- Nieodpowiednie usługi zdrowotne i socjalne dla osób starszych
- Niedostatecznie przeszkolony personel opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, wypalenie zawodowe

Wg (Gorbien i Eisenstein, 2005; Wang i in., 2015; Pillemer i in., 2016; Dean, 2019)

Osoby starsze przebywające w ośrodkach zamieszkania instytucjonalnego zwykle cierpią na różne formy upośledzenia (psychicznego, poznawczego, fizycznego) i niepełnosprawności. Ich niepełnosprawność i zależność od innych w zakresie opieki sprawiają, że są bardziej podatne na nadużycia i zaniedbanie (Yon, Ramiro-Gonzalez i in., 2019).


6. OCENA OZNAK I OBJAWÓW PRZEMOCY WOBEC OSÓB STARSZYCH

W kilku badaniach zaobserwowano, że pracownicy pomocy społecznej i opieki zdrowotnej nie są wystarczająco przeszkoleni w zakresie rozpoznawania oznak przemocy u osób starszych. Powoduje to, że incydenty nadużyć pozostają niezauważane i niedostatecznie często zgłaszane (WHO/INPEA, 2002; Perel-Levin, 2008; Schmeidel i in., 2012; Hoover i Polson, 2014; Światowa Organizacja Zdrowia, 2021).

Szkolenie pracowników pomocy społecznej i opieki zdrowotnej jest uważane za kluczowe, ponieważ powinni oni być w stanie odróżnić oznaki nadużycia od normalnych zmian związanych z wiekiem i chorobami przewlekłymi. Klinicyści muszą wiedzieć, jak rozpocząć badanie i właściwą interwencję (Perttu, 2018).

Zmiany i procesy związane z wiekiem

- Kości osób starszych są cieńsze i mniej gęste, co czyni je bardziej podatnymi na złamania w wyniku choroby lub urazu kości.
- Normalnie starzejąca się skóra ma stosunkowo dobrze zachowany przepływ krwi. Wraz z wiekiem skóra staje się cieńsza i traci elastyczność. Osoby starsze są bardziej podatne na odleżyny z powodu stanów chorobowych, a nie tylko ze względu na wiek.
- Fotostarzenie oznacza fotouszkodzenie, które występuje przez długi czas w wyniku ekspozycji na szkodliwe promienie UV. Promieniowanie UV wpływa na włókna kolagenowe w skórze. Uszkodzenie kolagenu powoduje utratę elastyczności skóry, co skutkuje wczesnym pojawianiem się zmarszczek i innych markerów wieku. Objawy mogą obejmować: zmarszczki, niesprężystość skóry, ciemne plamy („plamy starcze”), popękane naczynia krwionośne, żółtawy odcień skóry, skórzastą teksturę skóry, plamistą pigmentację i łatwe powstawanie siniaków.
- Siniaki często pojawiają się częściej i ustępują znacznie wolniej u osób starszych niż u osób młodszych i mogą trwać miesiącami zamiast jak zwykle od jednego do dwóch tygodni.
- Podeszły wiek powoduje pogorszenie zarówno zapachu, jak i smaku. Może to prowadzić do zmniejszenia apetytu, utraty wagi i niedożywienia.
- Otwarcie mięśnia zwieracza przełyku może być utrudnione (trudności w połykaniu, dysfagia). Stały pokarm lub tabletki mogą być trudne do przełknięcia i mogą utknąć



w przelęku. Jedzenie lub picie może dostać się do dróg oddechowych lub płuc (aspiracja). Może to prowadzić do zapalenia płuc związanego z aspiracją.

- Osoby starsze są znacznie bardziej podatne na odwodnienie niż osoby młodsze. Osoby starsze mają zmniejszone zapasy wody w organizmie i uczucie pragnienia; mogą nie odczuwać pragnienia nawet po 12-24 godzinach braku wody. Może to prowadzić do odwodnienia i dezorientacji.
- Starsze osoby mają zmniejszoną absorpcję w przewodzie pokarmowym, a ich ciała, ze względu na związane z wiekiem zmiany w wodzie, tłuszczu i beztłuszczowej masie mięśniowej, w odmienny sposób rozprawdają i wchłaniają leki. Ogólnie jest więcej tłuszczu i mniej wody, co prowadzi do dłuższego czasu działania leków rozpuszczalnych w tłuszczach i wyższych nagłych stężeń leków rozpuszczalnych w wodzie.
- Czasami upośledzenie wzroku może utrudniać utrzymanie domu lub ubrań w czystości; jeśli jednak zdolności poznawcze pozostają prawidłowe, starsi są w stanie wykonywać codzienne czynności i utrzymywać odpowiednią higienę.
- Kobiety doświadczają kilku zmian fizjologicznych w narządach płciowych wraz z wiekiem. Zarówno poziom progesteronu, jak i estrogeneru spada wraz z wiekiem. Obniżony poziom estrogenów powoduje zmiany w kształcie pochwy, zwiększoną suchość pochwy i ścieńczenie ścian pochwy. Zmiany te mogą powodować ból i krwawienie podczas stosunku płciowego. Takie zmiany związane z wiekiem, jak zmieniona kwasowość wydzieliny pochwowej i obniżony poziom estrogenów, sprawiają, że starsze kobiety są bardziej podatne na spontaniczne infekcje pochwy i pęcherza moczowego. (Dyer i in., 2003)
- Starzejąca się skóra staje się cieńsza i pogarsza się jej zdolność do funkcjonowania. Zmniejsza się ilość naturalnych tłuszczów w skórze, a skóra bardziej wrażliwa wysycha. Po wysuszeniu skóra może się kurczyć i ulegać stanom zapalnym. Wysypce zwykle towarzyszy swędzenie. Powierzchnia skóry jest zaczerwieniona, łuszczy się i pęka. Większość osób starszych cierpi na suchą skórę. (Sherman V. i Creamer D, 2009).
- Zmiany wieku starczego wpływają na funkcjonowanie określonych narządów, nastroj, stosunek do środowiska, kondycję fizyczną i aktywność społeczną, determinując pozycję osób starszych w rodzinie i społeczeństwie. Może to prowadzić do utraty ról społecznych i ograniczenia relacji międzyludzkich. Może im towarzyszyć depresja, zmniejszenie zadowolenia z życia, izolacja, zmniejszenie zainteresowania oraz zwiększone poczucie samotności i zagrożenia. (Dziechciaż M i Filip R., 2014).
- Podeszły wiek i zwapnienie naczyń krwionośnych może predysponować do pęknięcia naczyń krwionośnych pod śluzem nosowym (krwawienie z nosa). (Pope L.E.R i Hobbs C.G.L, 2005).
- Wielochorobowość występuje częściej w populacji osób starszych. Termin „wiele schorzeń” odnosi się do co najmniej dwóch współistniejących, długotrwałych chorób, urazów lub niepełnosprawności wpływających na stan zdrowia, zgodnie z definicją międzynarodową. Wielochorobowość może prowadzić do polipragmazji, co może

zmienić przejaw poszczególnych chorób w postaci działań niepożądanych leków. Termin „polifarmacja” oznacza, że dana osoba ma do dyspozycji co najmniej pięć długoterminowych produktów leczniczych. W takim przypadku w ocenie objawów należy wziąć pod uwagę łączne działanie leków. Polifarmacja sama w sobie nie zwiększa wielochorobowości, ale zwiększa ryzyko hospitalizacji z powodu np. skojarzonego działania leków. (Masnoon i in., 2017).

Pracownicy służby zdrowia często mogą mieć trudności z odróżnieniem oznak przemocy od normalnych zmian związanych ze starzeniem się i urazów fizycznych. Problemy zdrowotne i choroby w starszym wieku mogą naśladować objawy przemocy i nakładać się na nie. (Collins, 2006; Palmer i in., 2013). W tabeli 3 przedstawiono przykłady fizycznych śladów i obrażeń u osób starszych, które utrudniają interpretację oznak przemocy.

Tabela 3. Interpretacja znamion fizycznych i urazów

Znamię/Uraz	Ocena
Senile purpura (Ceilley R.I, 2017) A także lamica Batemana	Plamice to łagodne krwawienia w skórze (łac. purpura). Podstawowym objawem plamicy starczej są duże, fioletowe siniaki, które najczęściej występują na grzbiecie lub przedramieniu dłoni. Kiedy zbledną, stają się brązowe. Te siniaki zwykle utrzymują się od jednego do trzech tygodni, zanim znikną. W większości przypadków starcza purpura rozwija się z małego urazu. Najczęstszym czynnikiem bezpośrednio wpływającym na rozwój starczej purpury jest cienka, łatwo ulegająca uszkodzeniom skóra.
Plamica posteroïdowa	Występuje na obszarach, na których stosuje się miejscowo steroidy lub na obszarach wystawionych na działanie słońca u pacjentów leczonych steroidami (steroidami ogólnoustrojowymi). Skóra jest delikatna i łatwo się rozdziera.
Siniaki (Wiglesworth A. et al. 2009)	Siniaki są najczęściej spotykane podczas przemocy fizycznej, ale mogą być wynikiem zaniedbania opiekuna. Należy wziąć pod uwagę w ocenie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zmiany związane z wiekiem ▪ Wpływ leków (np. leki rozrzedzające krew, niesteroidowe leki przeciwzapalne, NLPZ) ▪ Rozmiar siniaka: podejrzewaj przemoc, jeśli średnica siniaka przekracza 5 cm. ▪ Określanie wieku według koloru: kolor siniaka jest niepewny przy określaniu wieku siniaka u osób starszych.
Złamania (Gibbs LM 2014)	Niewiele jest danych na temat medycyny sądowej złamań u osób starszych. Kości osób starszych są cieńsze i mniej gęste, co czyni je

	<p>bardziej podatnymi na złamania. upadki, które są najczęstszą przyczyną urazów u osób starszych.</p> <p>Należy wziąć pod uwagę w ocenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Złe odżywianie ▪ niedobór witaminy D ▪ alkoholizm ▪ związane z wiekiem niedobory hormonów płciowych, ▪ osteoporoza, ▪ przewlekłe stosowanie kortykosteroidów, ▪ nowotwory.
<p>Oparzenia (Dyer et al. 2003)</p>	<p>Oparzenia u osób starszych mogą również wynikać z nadużyć lub zaniedbania. Należy ocenić rozmiar, lokalizację, kształt, wzór i historię oparzenia.</p> <p>Przyczyną może być użycie zbyt gorącej wody podczas kąpieli starszej osoby.</p> <p>Weź pod uwagę wszelkie obszary tkanek miękkich, które nie powinny przypadkowo zetknąć się z jakimkolwiek gorącym przedmiotem itp., takim jak grzbiet dłoni, podeszwy stóp, pośladki lub plecy.</p> <p>Oparzenia w kształcie przedmiotu: żelazko, papieros.</p>
<p>Odleżyny (odleżyny/odleżyny) (Dyer i wsp. 2003)</p>	<p>Istnieją rozbieżne poglądy na temat tego, które odleżyny są spowodowane chorobą, a które zaniedbaniami, a nawet przemocą.</p> <p>Ogólnie rzecz biorąc, duże odleżyny zakażone / martwicze, wielokrotne odleżyny, zwłaszcza wielokrotne głębokie odleżyny i brzydko pachnąca martwa tkanka mogą wskazywać na zaniedbanie.</p> <p>Odleżyny najczęściej występują na kości krzyżowej, biodrowej lub piętach.</p> <p>Mogą być spowodowane czynnikami: ostrym stanem chorobowym, zaburzeniami krążenia, złym odżywianiem, słabą sprawnością ruchową (przywiązani w jednej pozycji) lub złym standardem opieki.</p> <p>Cukrzyca predysponuje do powstawania odleżyn.</p>

Ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się

Seria ćwiczeń, które można wykorzystać do zastosowania w praktyce treści teoretycznych przekazywanych w module.

Ćwiczenie 1 – galeria

Metoda: Dyskusja grupowa. Dyskusje grupowe są wykorzystywane do promowania wymiany pomysłów i aktywnego uczenia się. Jednym ze sposobów ułatwienia dyskusji w grupie jest ćwiczenie znane jako Galeria.

W ćwiczeniu tym uczestnicy pracują w mniejszych grupach i dyskutują na tematy związane z określonym zagadnieniem. Sala podzielona jest na oddzielne obszary, każdy z innym tematem do omówienia. Każda strefa ma 4-6 krzeseł, stół i flipchart. Każda grupa ma przydzielony obszar na początek, następnie omawia temat i zapisuje swoje wnioski na flipcharcie, zanim przejdzie do innych stołów. Trenerów zachęca się do odwiedzania każdej z grup podczas ćwiczenia, tak aby pomóc zachować związek dyskusji z tematem i odpowiedzieć na wszelkie pytania.

Więcej informacji o metodzie: [Gallery Group Discussion Exercise | Training Workshops \(ventureteambuilding.co.uk\)](http://ventureteambuilding.co.uk)

Na zakończenie ćwiczenia grupy przedstawiają wyniki swoich dyskusji, a następnie uczestnicy otrzymują trochę czasu na zwiedzanie galerii, aby zobaczyć, co wniosły inne grupy.

Sprzęt i materiały:

- Okrągłe stoły z 4-6 krzesłami przy każdym w zależności od wielkości grupy
- Komputer
- Projektor
- Ekran
- Jeden flipchart na stół i jeden dla instruktora
- Markery w różnych kolorach przy każdym stole (jeden kolor dla każdej grupy)
- Materiały szkoleniowe ze scenariuszami

Przydział czasowy: 65-70 minut

- 5 minut na wprowadzenie i ustawienie stołów
- 3 x 10 minut pracy w każdej galerii (w zależności od liczby uczestników)
- 20 minut na prezentację (wraz z przygotowaniem)
- 5 minut na zwiedzanie galerii
- 5-10 minut na podsumowanie

Instrukcje do dyskusji w Galerii: Podziel uczestników na 3 grupy (nie więcej niż 6 osób na grupę) i zaprosz ich do stołów. Każda grupa jest proszona o pracę z jednym scenariuszem. Jeśli podczas szkolenia są więcej niż trzy małe grupy, dla dodatkowych grup można wykorzystać zduplikowane scenariusze. Każdy stół powinien zostać poproszony o zidentyfikowanie osoby sporządzającej notatki i osoby, która podsumuje dyskusję na forum. Zachęć grupy, by do każdego ćwiczenia wybierały nową osobę notującą i prezentującą, tak aby każdy miał możliwość odegrania tych ról. Daj każdej grupie marker

o innym kolorze, dzięki czemu będzie można łatwo rozróżnić ich wkład na każdym flipcharcie.

Rozpocznij ćwiczenie i ustal limit czasowy dyskusji dziesięć minut na każdą galerię dla wszystkich grup. Pod koniec wyznaczonego czasu osoba notująca powinna zacząć spisywać główne omawiane kwestie. Przydatne może być uporządkowanie ich w tabeli, takiej jak ta poniżej:

Przejawy	Rodzaj nadużycia	Ofiara	Sprawca

Następnie przenieś każdą grupę do kolejnej galerii i poproś o omówienie nowego tematu oraz dodanie swojego wkładu. Kontynuuj dla każdej następnej galerii. Kiedy wszystkie grupy zapiszą swoje przemyślenia na wszystkich flipchartach, poproś uczestników, aby wrócili do miejsca, w którym rozpoczęli i daj czas na przejrzenie i omówienie kwestii dodanych przez inne grupy. Każda grupa zaprezentuje teraz swoją pracę w galerii i swoje wnioski pozostałym grupom. Pod koniec prezentacji daj uczestnikom pięć minut na spacer i obejrzenie wystawionych galerii.

Na koniec możesz zadać kilka pytań celem podsumowania:

- Co Was najbardziej zaskoczyło?
- Czy uważacie, że każdy temat został dostatecznie zgłębiony?
- Czy coś wywołało Waszą frustrację?
- Co Wam się najbardziej podobało?
- Co możecie wynieść z ćwiczenia? Jak możecie je wykorzystać?

Scenariusze zaczerpnięto z: National Adult Protective Services Association (2010) [ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES \(sdsu.edu\)](#)

MATERIAŁ Nr 1 - SCENARIUSZ:1 – TOMASZ I JÓZEFINA

Tomasz i Józefina są małżeństwem od prawie 60 lat. On ma 80 lat, ona 77. Dwa lata temu u Józefiny zdiagnozowano chorobę Alzheimera. Choroba postępowała bardzo szybko. Ich syn, Henryk, powiedział dyrektorowi domu opieki, że małżeństwo Tomasza i Józefiny było burzliwe. Przez całe ich życie małżeńskie Tomasz słownie i fizycznie znęcał się nad Józefiną. Przez lata powtarzał jej, że jest głupia i brzydka, że żaden inny mężczyzna jej nie zechce i że ma szczęście, że ją znosił, choć w każdej chwili mógł ją opuścić. Rzucił w nią różnymi rzeczami, policzkował, groził, że ją zabije, a raz zepchnął ją ze schodów. Józefina kilkakrotnie opuściła Tomasza. Kiedy Henryk zaproponował jej pomoc w przeprowadzce do rodziny, odmówiła i wróciła do męża. Od tego czasu Henryk próbował porozmawiać z matką o jej związku z Tomaszem, ale ona zawsze kończyła temat, mówiąc, że żona ma swoje obowiązki i to nie jego sprawa. Trzy miesiące temu u Tomasza zdiagnozowano raka wątroby. Jego rokowania nie są dobre. Niedawno asystentka, która pomaga Józefinie w toalecie i kąpieli zauważyła siniaki na jej piersiach i wewnętrznej stronie ud. Zapytana o siniaki, Józefina potrząsnęła głową i rozplakała się, ale nie odpowiedziała. Asystentka podejrzewa, że Tomasz odbył stosunek z żoną, która nie dała rady stawić mu oporu. Kiedy Tomasz został skonfrontowany, rozgniewał się, mówiąc: „To jest nasza sprawa! Ona jest moją żoną i mogę się z nią kochać, kiedy tylko chcę. Robię to od 60 lat. Poza tym nie pozostało mi dużo życia i zasługuję na trochę przyjemności, zanim umrę.”

Zidentyfikuj proszę:

- Rodzaje nadużyć
- Przejawy dla każdego rodzaju nadużycia
- Ofiarę
- Sprawcę

Mając na uwadze odpowiedź Tomasza: „Ona jest moją żoną i mogę się z nią kochać, kiedy tylko chcę...”, czy uważasz, że wykorzystywanie seksualne to miłość? Czy uważasz, że w przypadku tego scenariusza zachowanie Tomasza można scharakteryzować jako gwałt?

MATERIAŁ Nr 2 - SCENARIUSZ: 2 – RÓŻA I JEJ RODZICE

Róża to 47-letnia kobieta z zespołem Downa. Kiedy się urodziła, jej rodzice przysięgli, że nigdy nie będą umieszczać jej w zakładzie, jak to się często robiło w tamtych czasach. W rezultacie przez całe życie mieszkała z ojcem i matką i nie miała kontaktu ze światem zewnętrznym.

W miarę starzenia się rodziców Róża coraz częściej przejmowała prace domowe i opiekę nad rodzicami. Chociaż Róża funkcjonuje stosunkowo dobrze, zмага się z pomocą swojemu ojcu, 79-letniemu Franciszkowi, który ma ciężką chorobę Parkinsona, i matce, Beacie, lat 72, która jest prawnie niewidoma i coraz słabsza. Rodzina ma ograniczone dochody i ledwo wiąże koniec z końcem. Korzystają z publicznej opieki zdrowotnej świadczonej w domu dwa razy w tygodniu, a także z dowozu posiłków i transportu dla seniorów. Z powodu choroby Parkinsona Franciszek nie jest w stanie sam spożywać pokarmów. Róża próbuje mu pomóc, ale często jest sfrustrowana i brutalnie wpycha mu łyżkę do ust. Pewnego razu złamała mu przedni ząb. Obwiniła Franciszka, ponieważ „za dużo się kręci”. Odwiedzająca rodzinę po długim weekendzie pielęgniarka zastała Beatę na podłodze między łóżkiem a drzwiami sąsiedniej łazienki. Beata nie reagowała, miała kilka odleżyn na lewym biodrze i lewej nodze, najwyraźniej w wyniku leżenia na jednej stronie przez dłuższy czas. Pielęgniarka wezwała karetkę pogotowia, a ratownicy medyczni stwierdzili, że wykładzina pod ciałem Beaty była mocno zabrudzona.

Róża i Franciszek zeznali, że kilka dni wcześniej znaleźli Beatę leżącą na podłodze w jej obecnym miejscu. Róża powiedziała, że próbowała jej pomóc wstać, ale matka krzyknęła z bólu i kazała zostawić się w spokoju. Zostawili ją więc na podłodze, gdzie przynosili leżącej Beacie jedzenie i wodę oraz podawali jej leki. Franciszek powiedział, że Róża podłożyła matce poduszkę pod głowę i próbowała się nią opiekować. Zapytany, dlaczego nie wezwał pomocy medycznej, Franciszek odpowiedział ratownikom, że żona prosiła, aby do nikogo nie dzwonić. Ratownicy zgłosili sprawę na policję.

Zidentyfikuj proszę:

- Rodzaje nadużyć
- Przejawy dla każdego rodzaju nadużycia
- Ofiarę
- Sprawcę

Jak myślisz, dlaczego ratownicy medyczni zgłosili sprawę na policję? Dlaczego po prostu nie zabrała Beaty do szpitala?

MATERIAŁ Nr 3 - SCENARIUSZ: 3 – JACEK I REGINA

Jacek, który ma 56 lat, od dawna próbuje zarobić na życie jako artysta, ale z niewielkim sukcesem. Czasami maluje domy. Ponieważ jest alkoholikiem, nie utrzymuje pracy długo. Zwraca się więc do matki Reginy o pomoc finansową. Na początku Jacek twierdził, że pieniądze, które dawała mu Regina, są pożyczkami i że spłaci je, gdy tylko „stanie na nogi”. Ale pożyczki nigdy nie zostały spłacone. Teraz Jacek powiedział matce, że gdyby tylko mógł przejść kolejny kurs sztuki, jego obrazy w końcu zaczęłyby się sprzedawać. Chce, aby Regina zaciągnęła odwrócony kredyt hipoteczny na swój dom, żeby pozyskać 30 000 zł na studia artystyczne. Regina ma 75 lat, cierpi na zaawansowane zwyrodnienie plamki żółtej i korzysta z usług płatnej pomocy domowej, która pomaga jej w pracach domowych i zawozi ją na spotkania. Jest niechętna, by zastawić swój dom. Jako imigrantka jest bardzo dumna, z jego posiadania na własność. Ponadto jej matka dożyła 101 lat i Regina obawia się, że jeśli teraz spieniży swój dom, dochód z odwróconej hipoteki nie wystarczy jej do końca życia. Martwi się również, że nie będzie w stanie dalej płacić za pomoc, której będzie potrzebowała coraz więcej, aby poradzić sobie z utratą wzroku. Ale chce też wspierać marzenie Jacka o byciu malarzem. Sporadycznie sprzedawał swoje obrazy, więc wierzy, że ma prawdziwy talent. Jacek zaczyna tracić cierpliwość do swojej matki. Twierdzi, że gdyby naprawdę go kochała, pomogłaby mu. Wczoraj wpadł do jej domu i kopnął Bosa, małego psa Reginy. Regina wybuchła płaczem i zaczęła błagać Jacka, żeby nie skrzywdził stworzenia. Obiecała mu, że „jakoś” znajdzie pieniądze. Jacek odpowiedział: „To lepiej je znajdź”. Zanim wyszedł, wyjął kartę bankomatową z portfela Reginy bez jej wiedzy. Znał PIN, ponieważ pomagał matce wcześniej w użyciu karty ze względu na jej słaby wzrok. Tego dnia i następnego dokonał dwóch wypłat na łączną kwotę 3 000 zł.

Zidentyfikuj proszę:

- Rodzaje nadużyć
- Przejawy dla każdego rodzaju nadużycia
- Ofiarę
- Sprawcę

Jak sądzisz, co myślała i czuła Regina, kiedy obiecała Jackowi, że znajdzie pieniądze?

Czy Jacek popełnił przestępstwo?

ĆWICZENIE 2 – PRACA W GRUPACH NA PODSTAWIE FILMÓW VIDEO

Materiały: filmy video, długopisy, kartki papieru

Czas: 45min


Opis ćwiczenia / instrukcje

- Zorganizuj uczestników w 4 grupy po 4-5 członków (w zależności od liczby uczestników)
- Poproś ich, aby uzgodnili, kto będzie robił notatki i kto przedstawi wyniki na forum
- Każda grupa ogląda jeden z następujących filmów:
 - Rząd Alberty we współpracy z *Alberta Elder Abuse Awareness Network* – “Przemoc wobec osób starszych – poznaj oznaki i przełam milczenie”
<https://www.youtube.com/watch?v=OEGhbbpel3o>
 - Centrum Doskonałości w zakresie Przemocy wobec Osób Starszych i Zaniezań – Uniwersytet Kalifornijski, Irvine " Mam receptę do odebrania " – Pan Stepania
<https://www.youtube.com/watch?v=uaOVhxRE3Nk&t=47s>
 - Centrum Doskonałości w zakresie Przemocy wobec Osób Starszych i Zaniezań – Uniwersytet Kalifornijski, Irvine " Mam receptę do odebrania " – Pani Appelby
<https://www.youtube.com/watch?v=nmb9vKsvNys&t=2s>
- Poproś każdą grupę, aby wszyscy członkowie sporządzili na papierze listę możliwych odpowiedzi na poniższe pytania – na początku bez dyskusji. Każdy uczestnik po zakończeniu pisania składa kartkę i przekazuje ją kolejnej osobie w swojej grupie. Kiedy wszyscy zapiszą swoje odpowiedzi, rozłóż kartkę, tak by grupy mogły omówić to, co się na niej znalazło. Jeśli jest czas, każda grupa może podzielić się wytypowaną jako najlepszą odpowiedzią na następujące pytania wraz z kilkoma przemyśleniami:
 1. Czy na filmie występowało zjawisko przemocy wobec osób starszych?
 2. Zidentyfikuj i opisz formy znęcania się nad osobami starszymi, które występowały w filmie.
 3. Jakie oznaki i symptomy zaalarmowały Cię w kontekście potencjalnego znęcania się nad osobami starszymi?
 4. Jakie czynniki ryzyka przemocy wobec osób starszych i/lub zanieżbywania osób starszych były widoczne w filmie dla prezentowanych osób?
 6. Zastanów się i omów sytuację, w której podejrzewałeś, że osoba starsza doświadcza nadużyć, ale nie wiedziałeś/wiedziałaś, jak sobie z tym poradzić.

Wskazówki dla trenera: warto podkreślić, że na podstawie informacji, które otrzymujemy z filmów, można podejrzewać nadużycie, ale nie jest to pewne, dlatego ważne jest, aby zachować ostrożność w przypadku zarzutów i nie wyciągać od razu wniosków.

Wykaz źródeł

1. Ageless Alliance (2017) *Impact of Elder Abuse.*, <https://agelessalliance.org/impact-of-elder-abuse/>.
2. Biggs, S., Stevens, M., Tinker, A., Dixon, J., & Lee, L. (2009). Institutional mistreatment and dignity: toward a conceptual understanding.
3. Brownell, P. (2015). Neglect, abuse and violence against older women: Definitions and research frameworks. *South-Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH)*.
4. CDC (2020) *Elder Abuse: Risk and protective factors.*, www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html (Dostęp: 14 września 2021).
5. Collins, K. A. (2006) 'Elder Maltreatment', *Arch Pathol Lab Med*, 130, s. 1290–1296. doi: 10.4135/9781412952484.n220.
6. Dean, A. (2019) Elder abuse, Key issues and emerging evidence.
7. Dong, X., Chang, E. and Simon, M. (2013) 'Elder Abuse and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Implications for Research and Policy – A Mini Review', *Gerontology*, 59, s. 132–142. doi: 10.1159/000341652.
8. EUROSTAT (2019) *Ageing Europe.* European Union. doi: 10.1136/bmj.315.7115.1103.
9. Gorbien, M. J. and Eisenstein, A. R. (2005) 'Elder Abuse and Neglect: An Overview', *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, s. 279–292. doi: 10.1016/j.cger.2004.12.001.
10. Hoover, R. M. and Polson, M. (2014) 'Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention', *American Family Physician*, 89(6), s. 453–460.
11. Kalaga, H. (2007). A review of literature on effective interventions that prevent and respond to harm against adults. Scottish Government Social Research.
12. National Adult Protective Services Association (2010)., *ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES* (sdsu.edu)
13. Palmer, M., Brodell, R. T. and Mostow, E. N. (2013) 'Elder abuse: Dermatologic clues and critical solutions', *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(2), s. 37–39. doi: 10.1016/j.jaad.2011.03.016.
14. Perel-Levin, S. (2008) 'Discussing screening for elder abuse at primary health care level', *WHO*, p. 48., <http://www.who.int/ageing/en>.
15. Perttu, S. (2018) *WHOSEFVA: Working with Healthcare Organizations to Support Elderly Female Victims of Abuse: Training Materials.* Tartu. Estonia., <http://whosefva-gbv.eu/>.
16. Perttu, S. and Laurola, H. (2020) *How To Identify and Support Older Victims of Abuse (TISOVA)*. Ed[s] K. Blank, O. Solohub, and M. Frances. Tartu. Estonia.
17. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S194-S205.

- 
18. Priestley, D. (2016) 'How To Facilitate Group Discussions: The "Gallery" Exercise.', <https://ventureteambuilding.co.uk/how-to-facilitate-group-discussions-gallery-exercise/#.YVSqibgzagC>
 19. Santos, A. J. *et al.* (2019) 'Elder abuse victimization patterns: latent class analysis using perpetrators and abusive behaviours', *BMC geriatrics*. BMC Geriatrics, 19(117), s. 1–11.
 20. Schmeidel, A. N. *et al.* (2012) 'Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings', *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(1), s. 17–36. doi: 10.1080/08946566.2011.608044.
 21. Soares, J. J. F. i in. (2010) *Abuse and Health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
 22. Wang, X. M. i in. (2015) 'Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention', *CMAJ*, 187(8), s. 575–582. doi: 10.1503/cmaj.141329/-/DC1.
 23. WHO/INPEA (2002) *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Genewa.
 24. WHO (2016) *Elder Abuse: The health sector Role in Prevention and Response*.
 25. Światowa Organizacja Zdrowia. (2008) 'A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report', http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=PaOz1Bd_xBsC&oi=fnd&pg=PR3&dq=A+Global+Response+to+Elder+Abuse+and+Neglect+:+Building+Primary+Health+Care+Capacity+to+Deal+with+the+Problem+Worldwide+:+Main+Report&ots=4XU3JdajAC&sig=UXxr47C_lEk81DVeug19Pij1JBY.
 26. Światowa Organizacja Zdrowia. (2021) *ELDER ABUSE*, https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1.
 27. Yon, Y. i in. (2017) 'Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis', *The Lancet Global Health*. The Author(s). Opublikowane przez Elsevier Ltd. Otwarty dostęp na licencji CC BY, 5(2), s. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
 28. Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., i in. (2019) 'The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis', *The European journal of Public Health*, 29(1), s. 58–67. doi: 10.1093/eurpub/cky093.
 29. Yon, Y., Mikton, C., i in. (2019) 'The Prevalence of Self-Reported Elder Abuse Among Older Women in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Trauma, Violence, and Abuse*, 20(2), s. 245–259. doi: 10.1177/1524838017697308.

MODUŁ 2 – Badania przesiewowe w kierunku przemocy wobec osób starszych

Struktura modułu

Tytuł	Badania przesiewowe w kierunku przemocy wobec osób starszych
Cele	Celem tego modułu jest zwiększenie: <ul style="list-style-type: none">▪ wiedzy na temat badań przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych▪ zrozumienia złożoności badań przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych▪ zrozumienia powodów przeprowadzania badań przesiewowych▪ poziomu wiedzy na temat narzędzi przesiewowych stosowanych w ramach różnych form opieki zdrowotnej
Wyniki nauczania	Uczestnicy będą potrafili: <ul style="list-style-type: none">▪ zdefiniować koncepcje, warunki i cele prowadzenia badań przesiewowych▪ zrozumieć szeroki zestaw kryteriów naukowych ustalonych na potrzeby badań przesiewowych▪ zrozumieć minimalne wymagania dotyczące pytania o przemoc▪ stosować pytania przesiewowe kierowane do osób starszych w swobodny, naturalny sposób▪ rozumieć badanie przesiewowe jako proces
Czas trwania	3 godziny <ul style="list-style-type: none">▪ 45 min. – 1 godz. sesja wprowadzająca▪ 20 min. (2x10 min.) przerwy▪ 1 godz. i 30 min. ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się▪ 10 min. czasu dodatkowego (rozgrzewka, oczekiwanie na uczestników, odpowiadanie na pytania)

Potrzebne zasoby	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Okrągłe stoły z 4-6 krzesłami przy każdym w zależności od wielkości grupy ▪ Komputer ▪ Projektor ▪ Ekran ▪ Flipchart ▪ Materiały szkoleniowe ze scenariuszami
Kluczowe informacje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Badania przesiewowe to skomplikowana kwestia, ponieważ przemoc wobec osób starszych jest wieloaspektowa i wielowymiarowa. ▪ Badania przesiewowe w kierunku znęcania się nad osobami starszymi opierają się na zasadach etyki zawodowej. ▪ Pytania przesiewowe powinny być częścią normalnego procesu rozmowy. ▪ Badanie przesiewowe/pytanie o nadużycia wobec osób starszych to tylko pierwszy krok procesu przesiewowego.
Karty pracy	Karty pracy 1 – 2- 3 – 4 - 5

1. CZYM JEST BADANIE PRZESIEWOWE?

Badania przesiewowe, zgodnie z definicją *UK National Screening Committee* (UK NSC), to „**publiczna usługa w zakresie ochrony zdrowia, w ramach której członkom określonej populacji, którzy niekoniecznie odczuwają, że są zagrożeni lub są już dotknięci chorobą lub jej powikłaniami, zadaje się pytanie lub proponuje się badanie w celu zidentyfikowania tych osób, u których istnieje większe prawdopodobieństwo korzyści niż szkody w wyniku dalszych badań lub leczenia w celu zmniejszenia ryzyka choroby lub jej powikłań**”. (Feder G. i in., 2009)

Badania przesiewowe stały się centralnym punktem w publicznych systemach opieki zdrowotnej. Wilson i Jungner stworzyli w 1968 r. podwaliny pod nowoczesne badania przesiewowe i rozpoczęli debatę naukową na temat ich korzyści, szkód, kosztów i etyki. Stwierdzili, że badania przesiewowe to: „potencjalna identyfikacja nierozpoznanej choroby lub defektu poprzez wykorzystanie testów, badań lub innych procedur, które można szybko zastosować. Testy przesiewowe skutecznie oddzielają osoby, które prawdopodobnie mają chorobę, od tych, które prawdopodobnie jej nie mają. Test przesiewowy nie ma charakteru diagnostycznego. Osoby z pozytywnymi lub podejrzanymi wynikami badań muszą być skierowane do swoich lekarzy w celu diagnozy i niezbędnego leczenia”. Wilson i Jungner ustanowili również w 1968 roku dziesięć zasad badań przesiewowych. (J.M.G. Wilson i G. Jungner, 1968).

Badanie przesiewowe jest przeznaczone dla osób, które nie zdradzają objawów. Jego celem jest identyfikacja osób w pozornie zdrowej populacji, które są bardziej narażone na problem zdrowotny lub stan chorobowy, aby można było zaproponować wczesne leczenie lub interwencję. To z kolei może prowadzić do lepszego stanu zdrowia u niektórych badanych. Badania przesiewowe nie są diagnostyką. To nie to samo, co wczesna diagnoza, ale wskazuje na konieczność dalszego badania. Wczesna diagnoza ma na celu jak najszybsze wykrycie stanów chorobowych u osób z objawami. (Biuro Regionalne WHO dla Europy; 2020).

W ramach koncepcji badań przesiewowych istnieją terminy takie, jak badania przesiewowe powszechne i badania przesiewowe selektywne. Powszechne badanie przesiewowe oznacza prowadzoną na dużą skalę ocenę całych grup populacji bez ich selekcji. Z kolei selektywne badania przesiewowe ukierunkowane są na jedną lub więcej podgrup populacji, w których stwierdzono ryzyko wystąpienia jakiejś choroby lub stanu. (WHO, 2013).

Badania przesiewowe w zdrowiu publicznym to dobrze zdefiniowane, oparta na dowodach zagadnienie. W dziedzinie przemocy są one ogólnie określane jako działanie, za pomocą którego profesjonaliści identyfikują osoby będące ofiarami przemocy, jednocześnie wykluczając (przesiewając) osoby, które nie doświadczyły nadużyć. Badania przesiewowe w kierunku przemocy można zdefiniować jako: „Ocena doznanej krzywdy lub ryzyka

krzywdy ze strony rodziny i przemocy ze strony partnera u osób bezobjawowych w placówce opieki zdrowotnej” (Perel-Levin, 2008)


Australijska Narodowa Poradnia ds. Wykorzystania Seksualnego i Przemocy w Rodzinie (1800RESPECT) definiuje badania przesiewowe w następujący sposób: „to nieformalny proces, którego celem jest rozpoczęcie rozmowy na temat przemocy domowej i przemocy w rodzinie. Jest to systematyczny sposób na zapewnienie przestrzeni do rozmowy o przemoc domowej i w rodzinie. Zwykle polega na pytaniu klientów o ich doświadczenia. Może obejmować pytanie, czy w ich życiu występuje przemoc domowa lub w rodzinie lub czy czuli się niebezpiecznie w swoim związku”. Pytanie o przemoc powinno mieć miejsce w normalnym procesie rozmowy i być częścią rozwijającej się relacji między klientem a pracownikiem. Osiągnięcie tego jest wyzwaniem ze względu na konieczność zadawania pytań przy użyciu tych samych słów, które są na instrumencie oraz w tej samej kolejności. (Yaffe, 2015). Badanie przesiewowe jest najskuteczniejsze, gdy przeprowadza się je ze wszystkimi odbiorcami usługi, a nie z określonymi osobami lub grupami, wybranymi na przykład na podstawie demograficznych charakterystyk, zawodu, wyznania, kultury, statusu niepełnosprawności lub wieku. Jest ono znane jako „rutynowe badanie przesiewowe”. (1800RESPECT).

2. KRYTERIA I PROGRAMY PRZESIEWOWE

Zasady badań przesiewowych ustanowione przez Wilsona i Jungnera w 1968 r. (Wilson i Jungner, 1968) nadal stanowią podstawę kryteriów stosowanych w krajowych programach badań przesiewowych w kierunku chorób i schorzeń, które często charakteryzują się wysoką śmiertelnością. Pomagają wstępnie ocenić, czy program badań przesiewowych może okazać się skuteczny w danym kraju i systemie opieki zdrowotnej. Wielka Brytania podaje przykłady trafnych zestawów kryteriów przesiewowych wraz z listą 20 kryteriów, które należy wziąć pod uwagę przy badaniu przesiewowym (UK NSC, 2014 i Finlandia 14., STM, 2014)

Kryteria stosowane przez większość krajów do oceny programu badań przesiewowych są następujące (Perel-Levin S., 2008):

- Schorzenie powinno być ważnym problemem zdrowotnym, dobrze zrozumianym i ze znanym czynnikiem ryzyka lub wskaźnikiem;
- Test powinien być prosty, bezpieczny i zwalidowany;
- Test przesiewowy powinien być akceptowany przez populację;
- Powinny istnieć skuteczne interwencje, które można podjąć;
- Muszą istnieć dowody z wiarygodnych randomizowanych badań kontrolowanych, że program badań przesiewowych zmniejsza śmiertelność lub zachorowalność i jest opłacalny;
- Dostępny jest odpowiedni personel;
- Powinny istnieć dowody na to, że pełny program badań przesiewowych (od testu do interwencji) jest „akceptowalny klinicznie, społecznie i etycznie dla pracowników służby zdrowia i społeczeństwa”.




Wiele krajów zwiększyło skalę badań przesiewowych w kierunku poszczególnych chorób, aby zapewnić równość. Włączenie nowego testu przesiewowego do krajowego programu badań przesiewowych wymaga wielu prac przygotowawczych, a także szerokiej dyskusji społecznej na temat celów i efektów badań przesiewowych. Debata publiczna i skuteczne wsparcie realizacji badań przesiewowych podnoszą jego akceptowalność, a także mogą zwiększyć partycypację populacji docelowej. Badania przesiewowe powinny przynieść wystarczające korzyści zdrowotne, aby były uzasadnione z punktu widzenia zdrowia publicznego. Dlatego w celu podjęcia decyzji o przerwaniu lub rozpoczęciu nowego programu badań przesiewowych należy najpierw dobrze zrozumieć ich korzyści, koszty i skutki społeczne. Badania przesiewowe są istotnym elementem poprawy ogólnego samopoczucia i zdrowia populacji. (STM – fińskie Ministerstwo Spraw Społecznych, 2014)

Wiele państw członkowskich prowadzi lub ustanawia programy powszechnych badań przesiewowych w kierunku raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego zgodnie z zaleceniem Rady z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka (2003/878/WE) (Komisja Europejska, 2008).

Skuteczny program badań przesiewowych może przynieść znaczące korzyści dla zdrowia publicznego. Chociaż poważne przesłanki mogą wskazywać na korzyści płynące z badań przesiewowych, zostaną one osiągnięte tylko wtedy, gdy program będzie prowadzony skutecznie. Badania przesiewowe mogą również prowadzić do szkód. Ponieważ testy przesiewowe nie są w 100% czułe ani specyficzne, zawsze będą wyniki fałszywie dodatnie i fałszywie ujemne. Wyzwaniem dla decydentów politycznych jest rozważenie wszystkich potencjalnych korzyści i szkód oraz podjęcie decyzji – w kontekście ich systemu opieki zdrowotnej oraz wartości lub etyki – czy program badań przesiewowych może przynieść korzyści przy rozsądnych kosztach. (WHO, 2020)

3. BADANIA PRZESIEWOWE CZY RUTYNOWE ZADAWANIE PYTAŃ?

Termin „badania przesiewowe” należy do języka fachowego używanego w dziedzinie zdrowia publicznego i może czasami wprowadzać dezorientację do dyskusji włączającej inne dziedziny, takie jak usługi społeczne. Aby rozwijać współpracę i komunikację między zawodami, język jest kluczowym elementem, który należy doprecyzować, tak by wszyscy zaangażowani profesjonaliści rozumieli, o czym mówią i mogli wspólnie pracować nad rozwiązaniami. Nie należy lekceważyć znaczenia słów. Podczas gdy termin „badania przesiewowe” może mieć określone znaczenie w zdrowiu publicznym, odnosi się on również do podejścia obejmującego podejmowanie właściwych kroków. Termin „wywiad” może być interpretowany jako „miękkie” podejście polegające po prostu na pytaniu, a niekoniecznie na podejmowaniu odpowiednich działań w zależności od uzyskanych odpowiedzi. Istotnym punktem w badaniach przesiewowych jest to, że jest to pierwszy krok, a nie cel sam w sobie. (Perel-Levin S., 2008). Ważne jest, aby podkreślić ten element również wtedy, kiedy mowa o „zadawaniu pytań” i powinni to zrozumieć wszyscy zaangażowani profesjonaliści.



Termin „rutynowe zadawanie pytań” odnosi się do badania przemocy domowej bez stosowania kryteriów pełnego programu badań przesiewowych obowiązujących w obszarze zdrowia publicznego. Według WHO może to również oznaczać niski próg dla rutynowego pytania kobiet o nadużycia w placówkach opieki zdrowotnej, ale niekoniecznie musi oznaczać zadawanie pytań wszystkim kobietom (WHO, 2013).

Badania przesiewowe, zgodnie z definicją brytyjskiego Narodowego Komitetu Badań Przesiewowych (*UK National Screening Committee*), odnoszą się do zastosowania wystandaryzowanych pytań lub testu zgodnie z procedurą, która nie różni się w zależności od miejsca. W rutynowym zadawaniu pytań procedury niekoniecznie są wystandaryzowane, a pytania są zadawane rutynowo w określonych sytuacjach lub gdy pojawiają się oznaki nadużycia. Według niektórych badaczy, rutynowe badanie jest bardziej odpowiednim podejściem do przemocy domowej (Taket A. i in., 2003), jednak brakuje badań dotyczących przemocy wobec osób starszych.


Podręcznik Brytyjskiego Departamentu Zdrowia zaleca rutynowe zadawanie pytań: „wszystkie Fundusze Narodowej Służby Zdrowia powinny stosować rutynowe zadawanie pytań i przekazywać wszystkim kobietom informacje na temat usług wsparcia dla ofiar przemocy domowej”. „Rutyna” odnosi się do przejmowania inicjatywy, proaktywnej postawy i kierowania pytań do wszystkich kobiet. Pomaga to uniknąć stygmatyzacji i niewłaściwych osądów. (Departament Zdrowia, 2005).

4. NARZĘDZIA PRZESIEWOWE I ICH WYKORZYSTANIE

Podstawową funkcją każdego narzędzia oceny jest przeprowadzenie profesjonalistów przez wystandaryzowany proces przesiewowy i zapewnienie, że oznaki nadużycia nie zostaną pominięte.

Narzędzia przesiewowe powinny umożliwiać prawidłowe zidentyfikowanie przypadków przemocy lub zaniedbań i takich, gdzie nie doszło do żadnych nadużyć. Chodzi o to, aby w określonych sytuacjach wzbudzić podejrzliwość specjalisty prowadzącego badanie przesiewowe, a następnie podjąć odpowiednie kroki. Skuteczny test/narzędzie przesiewowe opiera się na zdolności odróżniania osób, które doświadczają przemocy (wynik prawdziwie pozytywny) od tych, które nie są jej ofiarami (wynik prawdziwie negatywny). Wynik fałszywie pozytywny ma miejsce, gdy dana osoba zostanie zidentyfikowana jako ofiara nadużyć, podczas gdy nią nie jest. Z kolei wynik fałszywie negatywny oznacza, że przemoc, jakiej doświadczyła dana osoba nie została wykryta. (WHO, 2020; McCarthy L. i in., 2017)

Instrumenty przesiewowe zostały podzielone na różne kategorie. Cohen (2013) zaklasyfikował narzędzia do badań przesiewowych do trzech różnych grup na podstawie zarówno metod, jak i intencji leżących u ich podstaw. Pierwsza grupa składała się z narzędzi do bezpośredniego zadawania pytań dotyczących doświadczeń osób starszych lub samooceny, druga – z narzędzi oceniających oznaki nadużycia, trzecia zaś – z narzędzi



oceniających ryzyko nadużyć. Większość narzędzi przesiewowych wykorzystuje metodę bezpośredniego zadawania pytań i ocenę ryzyka nadużyć.

Narzędzia przewidziane do samodzielnego wypełniania mają tę zaletę, że są bardziej ekonomiczne i pozwalają prowadzić badania przesiewowe na masową skalę. Ich wypełnianie na osobności może również ułatwić udzielanie bardziej uczciwych odpowiedzi. Wśród wad tych narzędzi wskazać należy z kolei to, że mogą być nieodpowiednie dla osób z zaburzeniami poznawczymi, mających trudności językowe lub z czytaniem, czy takich, którym brakuje czasu lub motywacji do wypełnienia formularza. (Schofield MJ, 2017).


Zadawanie pytań bezpośrednio przez specjalistów pozwala na obserwację badanej osoby. Istnieją również dowody na to, że większość ofiar nie zainicjuje ujawnienia faktu przemocy, ale zapytane bezpośrednio, przyznają, że doświadczają nadużyć (Cohen M., 2011). Wady takiego podejścia obejmują brak czasu zapracowanych profesjonalistów, potencjalny brak przeszkolenia i dyskomfort w zadawaniu bardzo delikatnych pytań, ryzyko nietrafnej oceny i interpretacji, a w niektórych przypadkach brak znanych ścieżek przekazania sprawy dalej i podjęcia interwencji. (Schofield M.J., 2017)

Badania przesiewowe oparte na wskaźnikach ryzyka nadużycia są uzasadnione, ponieważ uzyskanie wiarygodnych odpowiedzi na pytania zadawane bezpośrednio może być trudne. Wykazano, że narzędzia z tej grupy trafnie rozróżniają przypadki przemocy od tych, gdzie nie doszło do nadużycia. (Cohen M i in., 2006)

Każdy z powyższych typów narzędzi przesiewowych ma zarówno mocne, jak i słabe strony. Cohen wskazał, że dla zoptymalizowania identyfikacji przypadków nadużyć należałoby stosować je łącznie (tzn. uwzględniając zarówno bezpośrednie zadawanie pytań, ocenę oznak nadużycia, jak i wskaźniki ryzyka nadużycia). Byłby to wówczas kompleksowy model badań przesiewowych. Większość narzędzi przesiewowych obejmuje metodę bezpośredniego zadawania pytań i ocenę ryzyka nadużycia. (Cohen M., 2013.)

Inny sposób kategoryzacji narzędzi przesiewowych opiera się na różnicowaniu ze względu na ich cel oraz środowisko, w jakim są stosowane. Jeden typ to narzędzia zaprojektowane do masowych badań przesiewowych osób starszych i/lub ich opiekunów na poziomie społeczności lub populacji. Inny zestaw instrumentów został zaprojektowany do bardziej ukierunkowanych badań przesiewowych prowadzonych wśród osób starszych w placówkach służby zdrowia, pomocy społecznej i usług zinstytucjonalizowanych. (Schofield M.J., 2017)

Identyfikacja przemocy wobec osób starszych jest złożona. Dlatego skuteczny instrument przesiewowy powinien umożliwiać ocenę zarówno oznak nadużycia (takich jak np. podejrzone siniaki, przekazanie mienia), jak i czynników ryzyka nadużycia (takich jak np. akty przemocy w przeszłości, problemy w relacji między osobą starszą a potencjalnym sprawcą). Jednocześnie ankieta nie może być zbyt długa. Pomoc społeczna i opieka zdrowotna często wymagają krótkich, przyjaznych dla użytkownika i multidyscyplinarnych instrumentów, które można uzupełnić w dynamicznych warunkach praktyki. Co więcej, kilka instrumentów przesiewowych powinno być uzupełnionych przez wysoko wykwalifikowanych specjalistów.



Przydatny instrument to taki, który może być stosowany przez specjalistów z wielu dziedzin i w różnych sytuacjach. Istnieją narzędzia, które skupiają się tylko na jednej teorii przemocy wobec osób starszych, na przykład na modelu opiekuna. Tego rodzaju narzędzia ignorują niezależne osoby starsze. Możliwe są również różne typy sprawców. (De Donder i in., 2015).

Idealne narzędzie powinno (1) obejmować czynniki ryzyka nadużycia i wczesne oznaki nadużycia; (2) być zarówno zwarte, jak i kompletne, umożliwiając dokonanie dokładnej oceny w środowiskach pracy, gdzie czas jest zasobem deficytowym; (3) być wykorzystywane przez opiekunów nieformalnych, opiekunów formalnych (medycznych i niemedycznych) lub pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej; (4) zwracać uwagę na różne typy sprawców; (5) odnosić się do fizycznego, psychologicznego i społecznego środowiska osób starszych oraz (6) być przetestowane pod kątem wiarygodności i trafności. Tak opracowane narzędzie stworzy możliwość wczesnego wykrycia przemocy, co jest potrzebne do zapewnienia wsparcia i opieki osobie starszej oraz zapobiegania pogłębianiu się przemocy. (De Donder i in., 2015).

Nelson i in. (2012) wskazują w szerokim przeglądzie literatury, że częstość występowania przemocy oraz czułość i specyfika narzędzi przesiewowych zależą od definicji nadużyć (fizycznych, seksualnych, emocjonalnych i ich kombinacji) oraz przyjętego horyzontu czasowego (doświadczanie nadużyć obecnie, w dookreślonej, nieodległej przeszłości lub kiedykolwiek). Definicje te nie są ujednoczone dla wszystkich instrumentów.

Narzędzia przesiewowe nie są narzędziami diagnostycznymi i służą do podkreślenia potrzeby dalszego skierowania lub oceny danej osoby. Chociaż wymagają kolejnych testów, mogą pomóc zapewnić pracownikom służby zdrowia i pomocy społecznej systematyczne i obiektywne podejście do procesu podejmowania decyzji. Szkolenie, nadzór i wsparcie personelu są konieczne dla stworzenia systemu, który pozwoli rozwiązywać problemy w sposób delikatny i skuteczny. (McCarthy i in., 2017).

5. BADANIE PRZESIEWOWE JAKO PROCES

Program badań przesiewowych to ścieżka, która rozpoczyna się od zidentyfikowania osób kwalifikujących się do badań i kończy po zaraportowaniu wyników. Program badań przesiewowych będzie skuteczny tylko wtedy, gdy zaistnieją wszystkie elementy tej ścieżki. (WHO, 2020). Podstawowe kroki w uproszczonej ścieżce badań przesiewowych obejmują:

- Zidentyfikowanie populacji do badania przesiewowego na podstawie najlepszych dostępnych danych
- Zaproszenie do udziału zawierające informacje odpowiednio dostosowane do różnych grup populacji, mające na celu ułatwienie świadomej decyzji co do udziału w badaniu
- Przeprowadzenie badania przesiewowego przy użyciu uzgodnionych metod
- Zgłoszenie wszystkich pozytywnych wyników odpowiednim służbom i upewnienie się, że wyniki negatywne zostały przekazane przebadanym osobom

- Interwencja, leczenie i obserwacja: interweniowanie lub podejmowanie adekwatnych działań. W niektórych przypadkach wymagany będzie również nadzór lub obserwacja.
- Raportowanie wyników: zbieranie, analizowanie i raportowanie wyników w celu identyfikacji wyników fałszywie negatywnych oraz poprawy skuteczności i efektywności kosztowej programu badań przesiewowych.

(Zmodyfikowane z: WHO, 2020)

Jak podsumowuje Perel-Levin (2008): „Przesiewanie to pierwszy krok. Gdy podejrzewa się przemoc wobec osób starszych, należy przeprowadzić dalszą ocenę i odpowiednio skierować sprawę. Kierowanie ofiar do podmiotów zapewniających im pomoc i stały kontakt z trzecim sektorem muszą być częścią tego procesu. Formalne i jasne procedury i mechanizmy, regularne rozpatrywanie przypadków, rozwój personelu poprzez rówieśniczą wymianę doświadczeń i refleksja w codziennej praktyce muszą być wdrożone w celu podtrzymania realizacji udanego programu badań przesiewowych”.


6. PO CO PROWADZIĆ BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU PRZEMOCY WOBEC OSÓB STARSZYCH?

Badania pokazują, że identyfikacja nadużyć dokonywana przez profesjonalistów przy użyciu ustrukturyzowanych narzędzi uwidoczniała wyższe wskaźniki występowania przemocy niż te wskazywane w badaniach rozpowszechnienia zjawiska (Cohen M., 2011). Istnieją przekonujące powody, by prowadzić badania przesiewowe w kierunku przemocy wobec osób starszych. Dowody z literatury naukowej pokazują, że nadużycia w późniejszym życiu są powiązane z niekorzystnymi skutkami dla zdrowia.

U osób starszych, które były ofiarami przemocy stwierdzono:

- większe ryzyko przedwczesnego zgonu (Lachs M.S. i inn., 2018; Mouton CP, 2003; Dong XinQi i in. 2009; Dong X.Q. i in. 2011; Schofield M.J. i in., 2013)
- większe prawdopodobieństwo wystąpienia niepełnosprawności (Cooper C. i in. 2006; Schofield M.J. i in. 2013)
- większe ryzyko hospitalizacji (Dong i Simon, 2013)
- większe ryzyko umieszczenia w domu opieki (Lachs et al. 2002)
- myśli i próby samobójcze (Barron, 2007; Lazenbatt A. i in. 2010; Olofsson i in. 2012)
- przewlekły ból, problemy z płucami, kośćmi lub stawami, zespół metaboliczny, objawy żołądkowo-jelitowe i stres, depresję lub lęk (Bitondo-Dyer C. i in. 2000; Fisher i Regan, 2006; Lazenbatt i in., 2010; Fisher i in. in., 2011; Dong i in. 2013)
- oczywiste urazy i ból. Murphy i in. (2013) przeanalizowali różne urazy, na przykład urazy zębów, szyi i czaszki oraz mózgu.

Usługi zdrowotne i społeczne mogą być jedynym kontekstem, w którym osoby starsze są widywane i mają kontakt z innymi. Może to być zatem cenna okazją do wykrycia nadużyć oraz szansa dla ofiar na ujawnienie przemocy i otrzymanie wsparcia. Zidentyfikowane



wystarczająco wcześnie, ofiary przemocy wobec osób starszych mogą otrzymać szansę na interwencję i minimalizację ryzyka, na jakie są narażone, co z kolei może zapobiec poważnej krzywdzie, a nawet uratować życie. Incydenty, które mogą wydawać się stosunkowo błahe, mogą mieć wyniszczający i długotrwały wpływ na osoby starsze. Osoba starsza może nie być w stanie dojść do siebie i odzyskać równowagę w taki sposób, w jaki mogłaby to zrobić osoba młodsza. (McCarthy i in. 2017).

Przypadki znęcania się nad osobami starszymi często pozostają niezidentyfikowane i niezgłoszone przez pracowników służby zdrowia (Cooper i in. 2009). Najczęstsze przyczyny zaniżonych wskaźników obejmują zróżnicowany poziom zrozumienia przemocy wobec osób starszych przez pracowników służby zdrowia; nieodpowiednie szkolenie w zakresie oznak przemocy wobec osób starszych, zwłaszcza nadużyć finansowych; ograniczony dostęp do standardowych narzędzi kontroli i oceny; oraz niewystarczające wsparcie organizacyjne, aby pomóc w zgłaszaniu zidentyfikowanych przypadków przemocy wobec osób starszych (Brijnath i in. 2020).

7. BARIERY W BADANIACH PRZESIEWOWYCH


Podjęcie zaniechania się nad osobami starszymi może wygenerować dużo dodatkowej pracy i wprowadzić klinicystę w świat, którego prawdopodobnie nie zna (regulacji dot. obowiązku zgłoszenia podejrzenia, systemu wsparcia dla ofiar przemocy i specjalistów zajmujących się interwencją, czy systemu wymiaru sprawiedliwości w zakresie spraw karnych).

Profesjonaliści mogą być sceptyczni co do możliwości wywarcia realnego wpływu po zidentyfikowaniu i zaraportowaniu przemocy wobec osób starszych. Składają się na to brak czasu, brak wiedzy, brak pewności, że istnieją odpowiednie zasoby i systemy, które pozwoliłyby odpowiedzieć na problem, wyzwania związane z zapewnieniem prywatności wystarczającej dla zadawania wrażliwych pytań na temat nadużyć oraz brak umiejętności sporządzania raportów zgłaszających przypadki nadużyć. (Rosen i in. 2016). Narzędzia do badań przesiewowych, których zastosowanie zajmuje więcej niż godzinę, napotykają na zwiększony opór, co obniża jakość prowadzonych badań (Yaffe i in. 2008).

Schmeidela i in. (2012) badali bariery w wykrywaniu i zgłaszaniu nadużyć wobec osób starszych. Przeanalizowali wypowiedzi uczestników badań i stworzyli pięć głównych kategorii, w ramach których można pogrupować większość stwierdzeń:

Orientacja zawodowa:

Pielęgniarki, lekarze i pracownicy socjalni podchodzą do zjawiska przemocy wobec osób starszych z różnymi wartościami, które wypracowali przez lata praktyki. Pielęgniarki wyrażały duży entuzjizm dla opieki nad pacjentami oraz zapobiegania i wykrywania przemocy wobec osób starszych. Zgłaszały chęć szukania przyczyn złego stanu pacjentów



innych niż przemoc. Stały na stanowisku, że to lekarze powinni się temu przyjrzeć i raportować ewentualne podejrzenia.

Największą barierą w przypadku lekarzy był zestaw priorytetów, którymi się kierują. Ze względu na napięte harmonogramy, na pierwszym miejscu stawiają to, co jest dla nich najbardziej niepokojące i z czym czują się komfortowo, jeśli chodzi o możliwość rozwiązania problemu. Jeśli widzieli przejawy nadużycia, chcieli, by sprawą zajęli się pracownicy socjalni jako „eksperci” w tym obszarze. Do zgłoszenia sprawy poszukiwali ewidentnych oznak, które mogłyby prowadzić do „oczywistych podejrzeń” i „wystarczających informacji”.

Ocena:

Przeprowadzenie oceny ryzyka występowania znęcania się nad osobami starszymi było główną praktyczną przeszkodą, którą wiele osób uważało za trudną do pokonania przy dostępnych zasobach. Jednym z najczęściej wymienianych problemów był brak czasu. Lekarze i pielęgniarki wskazywali, że muszą wybierać, na czym się skupić, by jak najlepiej wykorzystać ograniczony czas, jakim dysponują. Przemoc wobec osób starszych najczęściej nie znajdowała się na szczycie tej listy priorytetów. Nawet jeśli pracownicy służby zdrowia podejrzewają nadużycie, nie mają odpowiednio dużo czasu na zebranie wystarczających dowodów, które uzasadniłyby zgłoszenie. Oddzielny problem stanowiło zapewnienie prywatności: pracownicy socjalni czuli się najbardziej komfortowo prosząc opiekunów i rodzinę o opuszczenie pokoju, ale pielęgniarki i lekarze twierdzili, że trudno jest zapewnić prywatność podczas każdej wizyty. Kilka pielęgniarek uważało, że wykrycie przemocy podczas jednorazowej interakcji jest prawie niemożliwe.

Interpretacja:

Interpretacja i wdrażanie prawa w praktyce klinicznej okazało się trudniejsze dla większości pielęgniarek, lekarzy i pracowników socjalnych. Dla lekarzy i pracowników socjalnych problematyczną kwestią była interpretacja czy pacjent, który doświadczył przemocy lub zaniedbania, był niesamodzielną osobą dorosłą. Jeśli dana osoba wybiera takie życie, pytanie brzmi czy jest ona w pełni świadoma i kompetentna, czy też jej sprawność w zakresie podejmowanie decyzji jest naruszona. Zależność była istotną kwestią w kontekście raportowania.

Systemy:

Istniały dwa systemy – wewnętrzny system odpowiedzialności w przychodni lub szpitalu oraz zewnętrzny system raportowania. Dokładne protokoły zgłaszania przemocy wobec osób starszych w systemie wewnętrznym miały kluczowe znaczenie. Wydawało się, że pielęgniarki co do zasady nie zdawały sobie sprawy, że tego typu protokoły istnieją w szpitalu. Pielęgniarki wołały kierować podejrzenie nadużycia do lekarza i/lub pracownika socjalnego, lekarze zaś – do pracownika socjalnego. Pojawiały się też frustrujące doświadczenia i efekty zgłoszeń, wynikające z niedofinansowania i przeciążenia systemu zewnętrznego.

Wiedza i edukacja:

Pielęgniarki i lekarze nie czuli się tak dobrze ze swoją wiedzą o nadużyciach, jak pracownicy socjalni. Pracownicy socjalni uważali, że poziom edukacji i świadomości klinicystów na temat przemocy wobec osób starszych mógłby zostać podniesiony. Specjaliści odczuwali, że otrzymana edukacja była niewystarczająca i niepraktyczna w zakresie zwracania się do osoby starszej z podejrzeniem doświadczenia przemocy. Wiele osób widziało potrzebę dla szkoleń opartych na realnych przypadkach. U niektórych lekarzy i pielęgniarek uwidocznione zostały nieścisłości w wiedzy na temat przemocy wobec osób starszych. Większość lekarzy uważała, że znęcanie się nad osobami starszymi zdarza się rzadko. Większość pielęgniarek nie wiedziała o licznych przepisach dotyczących poufności, anonimowości i osobistej odpowiedzialności za zgłaszanie podejrzeń, a także o tym, kto konkretnie powinien dokonywać zgłoszenia. Specjaliści byli również niepewni, co obejmuje obowiązkowe zgłoszenie.

Nadużycia rzadko zgłaszane są przez same osoby starsze. Identyfikację przemocy wobec osób starszych można przeprowadzić na podstawie wskaźników wzbudzających podejrzenie nadużycia. Wskaźnikami mogą być objawy lub oznaki przejawiające się w zachowaniu osoby starszej lub opiekuna i/lub oparte na urazach fizycznych (wskaźniki medyczne). Identyfikacja czynników ryzyka związanych z potencjalną przemocą wobec osób starszych może umożliwić specjalistom interwencję na wczesnym etapie i powstrzymanie dalszych nadużyć. Chociaż istnieją określone czynniki ryzyka znęcania się nad osobami starszymi, ocena nie powinna opierać się wyłącznie na nich. Przemoc może mieć miejsce w każdych okolicznościach. W związku z tym rutynowa ocena pod kątem znęcania się nad osobami starszymi jest zalecana w przypadku wszystkich pacjentów. (Pickering i in., 2016)

8. MINIMALNE WYMOGI DLA PYTANIA O PRZEMOC

Specjaliści są przeszkoleni w zakresie zadawania pytań we właściwy sposób, tj.:

- bezpieczny, pełen szacunku, wrażliwy, podejmujący inicjatywę, używający przyjaznego języka
- oparty na rozwoju relacji między profesjonalistą a osobą, z którą przeprowadzany jest wywiad
- z nieoceniającą, empatyczną postawą
- z wprowadzeniem: *„Chciałbym zadać Pani/Panu kilka pytań dotyczących wydarzeń, które mogą mieć miejsce w życiu osób starszych”*.

Specjaliści są przeszkoleni w zakresie:

- wykorzystania instrumentu,
- przemocy wobec starszych kobiet/osób starszych, dynamiki, wsparcia, oceny ryzyka, planu bezpieczeństwa.

Specjaliści znają praktyczne procedury, tj. istnieją:


- pisemne wytyczne dotyczące korzystania z narzędzia przesiewowego
- pisemne wytyczne, co zrobić po ewentualnym ujawnieniu przemocy (opisujące cały proces badania przesiewowego)
- uzgodniona praktyka we własnym miejscu pracy
- model działania obejmujący wiele profesji i wiele organizacji
- możliwości wsparcia i konsultacji dla profesjonalistów
- skuteczny nadzór nad personelem

9. ZŁOŻONOŚĆ PROCESU BADAŃ PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU PRZEMOCY WOBEC OSÓB STARSZYCH

Badania przesiewowe pod kątem znęcania się nad osobami starszymi definiuje się jako proces pozyskiwania informacji o doświadczeniach związanych z nadużyciami w relacji opiekuńczej lub rodzinnej od starszych lub podatnych na zagrożenia dorosłych, którzy nie mają wyraźnych oznak przemocy, takich jak urazy fizyczne. Uzasadnieniem dla przeprowadzenia badań przesiewowych wśród bezobjawowych osób pod kątem przemocy i zaniedbań wobec osób starszych może być zidentyfikowanie nieujawnionych dotąd nadużyć, zapobieganie występowaniu nadużyć w przyszłości oraz zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności.

Podstawą skutecznego badania przesiewowego jest opracowanie prawidłowych i wiarygodnych narzędzi przesiewowych o niskim błędzie pomiaru. Jest to zadanie trudne, nie tylko ze względu na kwestie metodologiczne (takie jak na przykład brak złotego standardu tworzenia/walidacji tych narzędzi), ale także ze względu na fakt, że przemoc wobec osób starszych, podobnie jak inne formy przemocy rodzinnej i interpersonalnej, jest zjawiskiem w dużej mierze ukrytym, występującym w domu lub instytucji, zwykle bez świadków. Z powodu lęku, zastraszania i braku wsparcia wiele osób nie ujawnia nadużyć, chyba że są bezpośrednio o nie pytane, przy czym wiele spośród tych zapytanych bezpośrednio również ukrywa fakt doświadczenia przemocy. Ofiary często niechętnie ujawniają nadużycia z powodu wstydu lub strachu przed osądzeniem, nieuznawania zachowania za nadużycie, uzależnienia od sprawcy lub poczucia, że nadużycie jest ich winą. (Schofield Margot J. 2017). Bariery kulturowe i językowe mogą również utrudniać ujawnienie przemocy. (Lachs i Pillemer, 2015).

Prewencja, identyfikacja i powstrzymanie nadużyć jest ważne, aby zapobiec zarówno krótko- jak i długoterminowym poważnym skutkom zdrowotnym. (Nelson i in. 2012). Badania przesiewowe są uważane za szczególnie istotne w przypadku problemów mających poważne konsekwencje zdrowotne, a ogólne wskaźniki identyfikacji tych problemów są uważane za niskie. Tak jest z pewnością w przypadku przemocy wobec osób starszych i ich zaniedbywania (Schofield, 2017).



Kwestia badań przesiewowych pod kątem znęcania się nad osobami starszymi wiąże się z wieloma zawiłościami. Przemoc wobec osób starszych jest sama w sobie złożonym problemem, a badania przesiewowe w przypadku przemocy wobec osób starszych są wieloaspektowe. Proste kategoryzowanie ludzi jako doświadczających przemocy lub nie, nie jest realistyczne. W praktyce klinicznej istoty ludzkie nie dają się łatwo wpisać w koncepcję skuteczności opartą na wrażliwości i swoistości narzędzi. (Cohen, 2011).


Wielość form znęcania się nad osobami starszymi dodatkowo komplikuje sprawę. Podczas gdy przemoc fizyczna, seksualna i do pewnego stopnia również finansowa, są łatwiej mierzalne i weryfikowalne, inne formy, takie jak znęcanie się psychiczne, emocjonalne, werbalne, a także przymus oraz zaniedbanie i porzucenie, są znacznie trudniejsze nie tylko do zweryfikowania, ale również do zrozumienia dla osób starszych. Są to jednak najbardziej rozpowszechnione formy przemocy wobec osób starszych. Istnieje wyraźna potrzeba udoskonalenia ich identyfikacji, jako że badania wykazały znaczny wpływ nadużyć i zaniedbań na zdrowie (Schofield, 2017).

Nadużycia i zaniedbywanie osób starszych są bardzo niejednorodne; wskaźniki medyczne należy rozpatrywać w kontekście domu, rodziny, świadczeniodawców w zakresie opieki, zdolności do podejmowania decyzji i środowisk instytucjonalnych. (Narodowy Instytut Sprawiedliwości, 2000)

Identyfikacja nadużyć nie jest jednoznaczna. Diagnoza jest przeważnie niepewna, co zwiększa obawy specjalistów, że podejmując jakiegokolwiek działanie, mogą wyrządzić więcej szkody (Wiglesworth A. i in. 2009). Badania i narzędzia przesiewowe mogą pomóc w wykryciu przypadków nadużyć i zaniedbań, ale profesjonaliści z nich korzystający muszą podejść do tego z wyczuciem. Bez podejścia, które jest delikatne i zapewnia poczucie akceptacji, osoby starsze są mniej skłonne do ujawniania nadużyć (lub udzielania dokładnych odpowiedzi). Specjaliści powinni nie tylko identyfikować nadużycia, ale również powinni być w stanie zapewnić dalsze ich badanie, podjęcie właściwych kroków w ramach działań następczych lub skierowanie do odpowiednich organizacji, a także interwencję i wsparcie. (McCarthy i in. 2017)

Brakuje dowodów potwierdzających, że badania przesiewowe oraz wczesne wykrywanie nadużyć i zaniedbywania osób starszych zmniejszają ryzyko przemocy lub fizycznych czy psychicznych szkód, które przemoc za sobą pociąga. Nie jest jasne, czy stosowanie określonych protokołów badań przesiewowych zmniejsza częstość występowania przemocy wobec osób starszych lub jej wpływ na ofiarę bardziej niż ogólne podniesienie „progu podejrzeń” i poziomu wyczulenia na zjawisko. (Hoover i Polson M, 2014). Amerykańska Grupa Zadaniowa ds. Usług Prewencyjnych (*United States Preventive Services Task Force*, 2018) stwierdza, że „obecne dowody są niewystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z badaniem wszystkich osób dorosłych w podeszłym wieku lub podatnych na zagrożenia (fizycznie lub psychicznie dysfunkcyjnych) pod kątem nadużyć i zaniedbań”.

Oświadczenie Amerykańskiej Grupy Zadaniowej ds. Usług Prewencyjnych opiera się na przeglądzie danych dla badań przesiewowych i interwencji dotyczących przemocy ze strony partnerów (IPV), znęcania się nad osobami starszymi i nadużyć wobec osób dorosłych




szczególnie podatnych na zagrożenia dokonany przez Feltnera i in. (2018). Badacze poddali ocenie pięć kluczowych kwestii: 1) Korzyści z badań przesiewowych w kierunku przemocy ze strony partnera; 2) Dokładność badań przesiewowych w kierunku przemocy ze strony partnera; 3) Szkody wynikające z badań przesiewowych w kierunku przemocy ze strony partnera; 4) Skuteczność interwencji; 5) Szkody wynikające z interwencji. Doszli do wniosku, że badania przesiewowe i interwencje w przypadku starszej populacji prawdopodobnie będą inne niż te dla przemocy ze strony partnera ze względu na odmienny charakter nadużycia, na przykład różne relacje ze sprawcą. Ponadto niektóre starsze i podatne na zagrożenia osoby dorosłe mogą nie mieć wystarczających zdolności fizycznych, umysłowych lub finansowych, aby zaangażować się w badania przesiewowe. Inne wyzwania mogą obejmować wymogi prawne związane z ujawnieniem nadużyć, schorzenia pacjentów (np. zaburzenia funkcji poznawczych) oraz uzależnienie od sprawcy w zakresie opieki i dostępu do usług medycznych. Autorzy wskazali, że w takich sytuacjach narzędzia przesiewowe mogą być skierowane do opiekunów.

Poszczególne organizacje mogą przedstawiać różne poglądy i zalecać badania przesiewowe lub rutynowe zadawanie pytań. Na przykład w Stanach Zjednoczonych Komisja Wspólna (*Joint Commission*), Narodowe Centrum Przemocy Wobec Osób Starszych (*National Center on Elder Abuse*), Narodowa Akademia Nauk (*National Academy of Sciences*) i Amerykańska Akademia Neurologii (*American Academy of Neurology*) zalecają rutynowe badania przesiewowe. Z kolei Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (*American Medical Association*) zaleca rutynowe zadawanie pytań. Wiele osób uważa, że identyfikacja i interwencja w przypadkach nadużyć stanowi zawodową odpowiedzialność lekarzy i może stanowić wymóg akredytacji szpitali. Centrum ds. starzenia się przy Uniwersytecie Maine (*University of Maine Center on Aging, Maine Partners for Elder Protection*) zaleca przeprowadzanie badań przesiewowych raz lub dwa razy w roku. (Hoover i Polson, 2014).

Jak wspomniano w Rozdziale 1, wiele problemów zdrowotnych charakterystycznych dla starszego wieku może naśladować i nakładać się na objawy przemocy, powodując niechęć do angażowania się wśród specjalistów. Mogą oni bowiem obawiać się potencjalnych błędów w ocenie, czy doszło do nadużycia, lub że interwencja może przynieść więcej szkód niż pożytku (Cohen, 2011). Wysokie obciążenie chorobami przewlekłymi u osób starszych prowadzi zarówno do wyników fałszywie ujemnych (np. złamania błędnie przypisywane osteoporozie), jak i fałszywie dodatnich (np. siniaki błędnie związane z przemocą fizyczną). (Lachs i Pillemer, 2015).

Pojawiają się zatem trudności w odróżnieniu nadużyć i zaniedbań od innych schorzeń. Osoby starsze często cierpią na wiele chorób przewlekłych. Ze względu na złożoność problemów zdrowotnych w starszym wieku, oznaki przemocy mogą nakładać się na objawy i skutki działań niepożądanych leków. Na przykład siniaki mogą być spowodowane wysokimi dawkami antykoagulantów (Wiglesworth i in. 2009). Niedożywienie, które może być spowodowane zaniedbaniem, może być równie dobrze wynikiem różnych zmian fizycznych, psychicznych i związanych z wiekiem, z których wiele jest niemożliwych do zidentyfikowania. (Pickering, 2014). Odróżnienie stanów spowodowanych nadużyciem lub zaniedbaniem od stanów wywołanych przez inne czynniki może być skomplikowane. Często



oznaki przemocy i zaniedbania przypominają objawy przewlekłej choroby lub są przez nie maskowane (Narodowy Instytut Sprawiedliwości, 2000). Czasochłonne jest również rozróżnianie urazów niezamierzonych od urazów celowych oraz chorób, które wystąpiły pomimo odpowiedniej opieki od tych, które są wynikiem zaniedbania. (Gibbs, 2014).

Praktyki przesiewowe są uważane za przydatne tylko wtedy, gdy prowadzą do skutecznego skierowania i leczenia. Bardzo niewiele badań podejmowało tę kwestię. Większość badań procesu przesiewowego pod kątem znęcania się nad osobami starszymi nie opisuje dalszych działań w stosunku do osób zidentyfikowanych jako zagrożone, z wyjątkiem badań dotyczących przypadków podejrzeń zgłoszonych władzom. Działania podjęte w celu zmniejszenia narażenia na nadużycia lub zaniedbania są zgłaszane, ale rzeczywiste wyniki zdrowotne nie są odpowiednio mierzone (Schofield, 2017). Nie ma wystarczających dowodów na poparcie jakiegokolwiek konkretnej interwencji w przypadku przemocy wobec osób starszych. Ponadto większość badań wykazała, że interwencje nie miały wpływu na nadużycia i mogły nawet zwiększyć ich skalę w przyszłości. Wyniki te sugerują, że na drodze od identyfikacji ryzyka do poprawy wyników czai się wiele trudności, które wymagają bardziej innowacyjnych podejść. Istnieje wyraźne zapotrzebowanie na programy interwencyjne, ponieważ same ramy prawne są niewystarczające do rozwiązania tego złożonego problemu społecznego i mogą przynosić zarówno szkody, jak i korzyści (tamże).

10. KORZYŚCI Z BADAŃ PRZESIEWOWYCH

Badania pokazują, że identyfikacja prowadzona przez profesjonalistów przy użyciu ustrukturyzowanych narzędzi wykazuje wyższe wskaźniki nadużyć niż te, które stwierdzono w badaniach rozpowszechnienia (Yaffe 2008; Cohen i in. 2007), chociaż należy mieć świadomość, że mogą one obejmować również wyniki fałszywie pozytywne.

Pojawiają się sugestie, że badanie przesiewowe nie jest neutralne i wpływa na badanego niezależnie od tego, czy zapewnione jest mu leczenie lub jakakolwiek inna interwencja, czy też nie. Uzyskanie walidacji i wsparcia od pracowników pomocy społecznej i opieki zdrowotnej w związku z doświadczonym nadużyciem może zmienić sposób, w jaki dana osoba postrzega swoją sytuację. Badania eksperymentalne wskazują, że samo badanie przesiewowe ma działanie terapeutyczne (podobnie jak inne interwencje). Nie należy jednak zakładać, że skoro badania przesiewowe przynoszą efekty, to zawsze będą one pozytywne. (Spangaro i in. 2009).

Jasna komunikacja może pomóc starszej osobie zrozumieć proces zgłaszania nadużyć i wydarzenia, które mogą w związku z nim nastąpić. Należy zauważyć, że nie przeprowadzono żadnych badań dotyczących zagrożeń dla bezpieczeństwa ofiar w przypadku zgłoszenia przemocy, dlatego nie zaleca się informowania rodziny i/lub podejrzanego sprawcy o dokonaniu zgłoszenia (Pickering i in. 2014). Rośnie liczba osób starszych korzystających z usług opieki świadczonej w domu. W związku z tym ci usługodawcy pełnią kluczowe role w zakresie identyfikacji ofiar. Rutynowa ocena pod kątem

znęcania się nad osobami starszymi przy użyciu opartego na dowodach, poddanego walidacji i wiarygodnego narzędzia może zwiększyć wskaźniki identyfikacji i obowiązkowego zgłaszania nadużyć. (tamże)

11. OGRANICZENIA BADAŃ PRZESIEWOWYCH

Obecnie nie ma złotego standardu dla badań przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych. Pozytywny wynik badania nie oznacza, że dochodzi do nadużyć wobec osób starszych, ale wskazuje, że należy zebrać dalsze informacje. (National Center on Elder Abuse, 2016). Badanie przesiewowe nie jest w 100% dokładne; nie daje pewności, a jedynie ujawnia prawdopodobieństwo, że dana osoba jest zagrożona lub wolna od ryzyka (WHO, 2020).


Przemoc wobec osób starszych jest złożona i ma wiele wymiarów. Obejmują one rodzaj nadużycia, charakter relacji między ofiarą a sprawcą oraz obecność lub brak czynników ryzyka i poziom ryzyka. W rezultacie potrzeby osób starszych doświadczających przemocy są różne, ponieważ każdy zestaw okoliczności wywołuje inny zestaw reakcji. Jest bardzo mało prawdopodobne, aby istniała jedna interwencja odpowiednia dla wszystkich osób starszych, które uzyskały pozytywny wynik badania w kierunku nadużyć (Spangaro i in. 2009).

Badania przesiewowe w kierunku przemocy w rodzinie wzbudziły obawy związane z możliwymi negatywnymi skutkami, w tym zemstą za ujawnienie nadużyć, niepokojem psychicznym, rozbięciem rodziny oraz ryzykiem przeniesienia osoby z domu do placówki opiekuńczej (MacMillan i in. 2009).

Biorąc pod uwagę dodatkową zależność między opiekunami a osobami starszymi, może się okazać, że badania przesiewowe w kierunku przemocy i zaniedbywania osób starszych mogą narazić te osoby na większe ryzyko. Na przykład ankiety rozesłane pocztą mogą trafić w ręce opiekunów stosujących przemoc. Obecność opiekunów może również utrudnić przeprowadzenie badań przesiewowych w domu lub w placówce służby zdrowia. Chociaż żadne publikacje naukowe nie skupiały się na specjalnym zbadaniu tej konkretnej kwestii, dostępnych jest bardzo niewiele dowodów na rzeczywiste szkody spowodowane przez badania przesiewowe pod kątem nadużyć wobec osób starszych lub ich zaniedbywania. (Schofield M.J., 2017)

Przeglądy systematyczne Nelsona i inn. (2004, 2012) sugerowały, że potencjalne szkody są niewielkie, ale mogą obejmować wstyd, poczucie winy, obwinianie siebie, strach przed odwetem lub porzuceniem przez sprawców oraz stres spowodowany fałszywie pozytywnymi wynikami. Aby odpowiedzieć na to ważne pytanie, potrzebne są dalsze badania.

Van Royen i in. (2020) zauważyli w swoim kompleksowym przeglądzie narzędzi do oceny przemocy wobec osób starszych i interwencji, że większość ankiet w żaden sposób nie odnosiła się do potencjalnych skutków ubocznych radzenia sobie z nadużyciami i zapobiegania im (prewencja czwartorzędowa). Skutki te mogą obejmować na przykład niewłaściwą ocenę ryzyka, naruszenie poufności, naruszenie prywatności, zniszczenie relacji między ofiarą a sprawcą oraz niepowodzenie planu bezpieczeństwa. W opracowywaniu narzędzi oceny i protokołów interwencji brakuje uwzględnienia perspektywy



(doświadczających przemocy) osób starszych i opiekunów. Cimino-Fiallos i Rosen (2021) wskazują, że jednym z efektów ubocznych badań przesiewowych jest to, że jeśli opiekun zostanie niesłusznie oskarżony o nadużycia, może stać się bardziej niechętny do szukania wskazanej opieki medycznej w przyszłości.


12. ZABURZENIA POZNAWCZE I BADANIA PRZESIEWOWE

Wykrywanie nadużyć wobec osób starszych z demencją jest jeszcze trudniejsze ze względu na obecność zaburzeń poznawczych, jako że osoby dotknięte chorobą mogą nie być w stanie wyrazić tego, co się z nimi dzieje. Ogólne narzędzia do wykrywania nadużyć wobec osób starszych nie są odpowiednie dla osób z demencją, ponieważ opierają się na zdolności osoby starszej do formułowania wyczerpujących odpowiedzi na pytania. Wynika to częściowo z ograniczonej wiarygodności danych z samooceny w tej grupie oraz z potencjalnego zafałszowania obrazu rysującego się na podstawie pytania opiekunów o ich nadużycia w stosunku do podopiecznego. Jest to obszar, w którym należy zbadać alternatywne metody oceny.

Pracownikom służby zdrowia trudno jest pytać opiekunów o nadużycia, ponieważ ryzykują pogorszeniem sytuacji lub izolowaniem ofiary przez opiekuna. Techniki przeprowadzania wywiadów, takie jak pytanie opiekuna o wymagania i trudności towarzyszące opiece nad osobą starszą z demencją oraz o wszelkie uczucia i frustracje, jakie mogą pojawiać się w związku z jego rolą opiekuńczą, byłyby wskazane przed przystąpieniem do bezpośredniego zadawania pytań dotyczących przemocy. Opiekunowie, którzy wykazują oznaki niepokoju czy depresji lub wspominają o trudnych zachowaniach podopiecznych, powinni wzbudzać czujność specjalistów jako potencjalne symptomy nadużyć. Niektóre objawy demencji, takie jak agresja, są szczególnie trudne dla opiekunów i profesjonalści powinni być szczególnie na nie wyczuleni. W tych przypadkach istnieje bowiem prawdopodobieństwo występowania przemocy fizycznej lub psychicznej. (Wiglesworth i in. 2019).

Uważa się, że narzędzia przesiewowe, które opierają się na ocenie nadużyć przez pracowników służby zdrowia, mogą być bardziej przydatne niż inne metody, w których nie jest możliwe bezpośrednio prowadzenie wywiadu z osobą starszą z demencją. Dzięki takiemu podejściu, w przypadkach podejrzenia przemocy, można przeprowadzić wielostronną, multidyscyplinarną ocenę sygnałów ostrzegawczych w celu ustalenia, czy wskazują one na nadużycie, czy też wynikają z naturalnego przebiegu choroby. W trakcie oceny lekarz lub pracownik pomocy społecznej może obserwować interakcje między osobą starszą a opiekunem, rozmawiać z innymi członkami rodziny i ustalać wzorce sprawowania opieki. Pracownicy służby zdrowia muszą być wyposażeni zarówno w wiedzę, jak i narzędzia umożliwiające rozpoznanie sygnałów ostrzegawczych nadużyć w tej grupie (Downes i in. 2013).

Pracownicy służby zdrowia, którzy rutynowo kontaktują się z osobami starszymi i ich opiekunami, mają do odegrania znaczącą rolę w wykrywaniu nadużyć. Mimo że nie zostały




opracowane ani zwalidowane żadne narzędzi do badań przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych z demencją, rutynowe badania przesiewowe w tej grupie są zalecane. Łączenie nieustrukturyzowanych pytań dotyczących przemocy z rutynowymi ocenami przeprowadzanymi z osobami starszymi z demencją i ich opiekunami może zapewnić zarówno sprawcom, jak i ofiarom możliwość zgłaszania nadużyć. Istnieje wiele podejść i technik, z których pracownicy służby zdrowia i pomocy społecznej mogą korzystać w przypadku osób starszych z demencją i ich opiekunów. (Downes i in. 2013).

Van Royen i in. (2020) zauważyli w swoim przeglądzie, że potrzebne jest narzędzie przesiewowe w kierunku przemocy dedykowane konkretnie osobom starszym z demencją. Narzędzie to powinno uchwycić specyficzne cechy nadużyć dotyczących osoby starsze w różnych stadiach demencji. Pracownicy pomocy społecznej i opieki zdrowotnej powinni być edukowani w zakresie charakteru i rokowań demencji, a podczas świadczenia opieki w domu powinni zwracać uwagę na potencjalne ryzyko związane z objawami demencji w różnych stadiach. Ponadto, narzędzia oceny powinny zawierać jasne ścieżki dalszego kierowania sprawy pokazujące, co zrobić w przypadku wykrycia potencjalnego nadużycia — kiedy je zgłosić, z kim się skontaktować i jak zaangażować starszą osobę w ten proces. Jasna ścieżka kierowania sprawą została zidentyfikowana jako ważny wymóg dla przyszłych narzędzi oceny.

13. KOLEJNE KROKI PO PRZEPROWADZENIU BADANIA PRZESIEWOWEGO

Biorąc pod uwagę, że nadużycia wobec osób starszych często wiążą się z ważnymi relacjami rodzinnymi, a większość nadużyć przybiera formę przemocy psychicznej i zaniedbania, istnieje potrzeba rozwoju psychologicznych i terapeutycznych podejść mających na celu zmianę potencjalnie szkodliwej dynamiki relacji. Obciążenia związane z opieką mogą nasilać od dawna utrwalaną dynamikę relacji, a także sprzyjać powstawaniu nowych problemów, co uwidacznia potrzebę rozróżnienia między takimi sytuacjami. Chociaż nastąpił znaczny rozwój podejść terapeutycznych do przemocy ze strony partnera, niewiele jest podejść do przemocy wobec osób starszych, które mogłyby pomóc w zachowaniu pozytywnych aspektów relacji opiekuna z ofiarami. Dotychczasowe podejścia koncentrowały się w dużej mierze na interwencjach strukturalnych, takich jak umieszczenie ofiary w placówce opieki instytucjonalnej lub świadczenie usług pielęgniarских i opieki domowej (Schofield, 2017).

Zidentyfikowane rodzaje interwencji dla ofiar przemocy ze strony partnera, mogące pomóc zmniejszyć ryzyko i poprawić sytuację, warto poddać analizie pod kątem możliwości zastosowania w przypadku przemocy wobec osób starszych. Do najczęstszych interwencji należy kierowanie do organizacji świadczących usługi społeczne, takie jak poradnictwo, usługi prawne, alternatywne zakwaterowanie i usługi pomocy społecznej, przydatne mogą być także strategie wzmocnienia, w tym grupy wsparcia, edukacja i wsparcie wolontariuszy. Analogiczne wyspecjalizowane usługi dedykowane ofiarom przemocy w rodzinie nie są łatwo dostępne dla osób starszych doświadczających nadużyć, a większa zależność tych osób utrudnia znalezienie usług wsparcia (tamże).




Wizyty domowe profesjonalnego personelu mogłyby zostać rozszerzone celem zwiększenia skali interwencji zapobiegawczych i wspierających dla osób w domach. Wsparcie społeczne jest krytycznym elementem każdej opieki i musi być zapewniane w sposób ciągły, aby było skuteczne. Jednym z podejść do interwencji jest oferowanie programów odnoszących się do czynników ryzyka po stronie opiekuna stosującego nadużycia. Mogą one obejmować poradnictwo, programy grupowe, zapewnienie opieki zastępczej, programy terapeutyczne w zakresie nadużywania substancji psychoaktywnych oraz usługi telefonu zaufania. Indywidualne poradnictwo może być pomocne w zmniejszaniu lęku, stresu i depresji u opiekuna, a metody poznawczo-behawioralne mogą być wykorzystane do edukowania go w zakresie przyczyn zachowania osoby zależnej, jej potrzeb i ograniczeń rozwojowych (tamże).

14. KONTEKST ZASTOSOWANIA NARZĘDZI PRZESIEWOWYCH W PROJEKCIE SAVE

W różnych placówkach opieki zdrowotnej stosowano różne narzędzia przesiewowe w obszarze przemocy wobec osób starszych. Poniżej przedstawiono podstawowe uzasadnienie dla badań przesiewowych w określonych warunkach oraz wyniki prowadzonych badań. Przedstawiona lista nie jest wyczerpująca. Inni specjaliści opieki zdrowotnej, tacy jak chirurdzy ortopedzi, optometryści, chirurdzy plastyczni i dermatolodzy również mogą mieć realny wkład w badania przesiewowe pod kątem znęcania się nad osobami starszymi (National Center on Elder abuse 2016).

Osoby starsze są widywane w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej z powodu typowych schorzeń związanych ze starzeniem się. Dlatego też placówki podstawowej opieki zdrowotnej mogą dawać cenną okazję do przeprowadzenia badań przesiewowych w tej grupie. Pickering i in. (2016) sugerują, że specjaliści pracujący w domowej opiece zdrowotnej mają korzystną pozycję do identyfikowania i zgłaszania przypadków wykorzystywania i zaniedbywania osób starszych, ponieważ bezpośrednio obserwują większość elementów stanowiących kryteria oceny. Co więcej, jest to ważne środowisko dla oceny przemocy wobec osób starszych, ponieważ osoby te otrzymują więcej domowych świadczeń usług zdrowotnych.

W przypadku osób starszych, które doświadczają nadużyć, występuje zwiększone prawdopodobieństwo zgłaszania się na szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), hospitalizacji oraz umieszczenia w domu opieki. Dostępne badania sugerują, że starsze ofiary złego traktowania rzadziej korzystają z opieki ambulatoryjnej, ale częściej otrzymują pomoc w nagłych wypadkach w porównaniu do pozostałych osób starszych. (Rosen T i in. 2020). Oddziały ratunkowe pełnią ważną rolę w kontaktach osób starszych z usługami opieki zdrowotnej, a pielęgniarki z tych oddziałów mogą być w stanie rozpoznać i zidentyfikować nadużycia (Phelan, 2012; Rosen i in. 2016; Rosen i in. 2020).



Środowisko oddziału ratunkowego jest szczególnie ważne w kontekście przemocy wobec osób starszych, ponieważ konsekwencja nadużycia może być powodem, dla którego osoba starsza się w nim znalazła. Może być też pierwszym punktem styczności ofiary ze sformalizowanymi usługami. Ponadto wydaje się, że personel oddziału ratunkowego częściej dostrzega problemy związane z bezpieczeństwem dzieci niż z przemocą wobec osób starszych. Może to wynikać z niechęci społecznej do ingerowania w prywatne życie rodzin, gdy nie ma przymusu prawnego (takiego jak np. brytyjska Ustawa o opiece nad dziećmi). Dlatego też wymagana jest wzmożona uwaga w przypadku osób starszych zgłaszających się na SOR, ze szczególnym uwzględnieniem oceny danych obiektywnych i subiektywnych pod kątem przejawów i potencjalnych wskaźników nadużyć. Zastosowanie niektórych narzędzi przesiewowych nie jest realistyczne w warunkach SOR ze względu na potrzebny czas lub brak wsparcia psychometrycznego. Szpitalne oddziały ratunkowe są ruchliwymi środowiskami, przez które przewijają się wiele osób, a pracownicy oceniają stan pacjentów, leczą ich i odsyłają pod presją czasu (Phelan 2012).

Placówki opieki długoterminowej, w tym domy opieki, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, stwarzają możliwości dla prowadzenia badań przesiewowych i wykrywania przemocy wobec osób starszych. Cohen (2011) wskazuje, że badania wykazały, iż brakuje danych na temat rozpowszechnienia nadużyć lub zaniedbań w placówkach opieki długoterminowej, po części z powodu nieodpowiednich procedur ich oceny i identyfikacji. Chociaż zaproponowano i przetestowano wiele narzędzi do zastosowania w placówkach opieki długoterminowej, należy poddać je dalszej walidacji, aby uwzględnić nadużycia, które mogą być charakterystyczne dla tych instytucji.

Wiele dokumentów zaprezentowanych w tym module dotyczy badań przesiewowych w kierunku przemocy domowej doświadczanej przez kobiety. Te same instrukcje mogą być stosowane zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet. W projekcie SAVE wybrane instrumenty wykorzystane zostały dla badania obu płci. Mimo, że większość ofiar mogą stanowić kobiety, w populacji osób starszych są także mężczyźni będący ofiarami przemocy domowej. Nie jest jasne, czy kobiety są bardziej narażone na nadużycia i zaniedbywanie z powodu dynamiki opartej na płci, często leżącej u podstaw przemocy, z przyczyn demograficznych, tj. dłuższego życia, czy też ze względu na kombinację obu tych czynników. (Pickering i in., 2016.) Pillemer i in. (2016) stwierdzili w swoim przeglądzie, że płeć jest potencjalnym czynnikiem ryzyka nadużyć.

W projekcie SAVE przeprowadzono pilotaż trzech instrumentów do badań przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych. Wskaźnik / Indeks Podejrzeń Przemocy wobec Osób Starszych (EASI, Elder Abuse Suspicion Index) (Yaffe i in., 2008) został opracowany w latach 2002–2003 w oparciu o przegląd literatury, skal i taksonomii w analizowanym obszarze i czerpał z definicji przemocy wobec osób starszych i przemocy w rodzinie zaproponowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Składa się z pięciu pytań, które lekarze powinni zadać pacjentom oraz jednego pytania do uzupełnienia przez lekarza na podstawie obserwowanych przejawów nadużycia. Walidację przeprowadzono na próbie 663 pacjentów zrekrutowanych przez lekarzy w dwóch centrach medycyny rodzinnej w Montrealu oraz w środowiskowym centrum usług społecznych i zdrowotnych.

Kluczową zaletą narzędzia jest to, że jest ono bardzo krótkie i szybkie – jego wypełnienie zajmuje około dwóch minut. Światowa Organizacja Zdrowia oceniła zawartości EASI jako słuszną w przynajmniej 7 krajach (WHO, 2008). Stosuje się również wersję do samodzielnego uzupełniania przez pacjentów, EASI-sa (Yaffe i in., 2012) oraz EASI-ltc dla osób starszych przebywających w placówkach opieki długoterminowej (Ballard i in., 2018).

Hwalek-Sengstock opracowali Test Przesiewowy w kierunku Przemocy wobec Osób Starszych (The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test, H-S/EAST) (Neale i in., 1991) będący 15-elementowym kwestionariuszem, który poddaje ocenie trzy wymiary: naruszenia praw osobistych lub przemoc bezpośrednią, specyfikę podatności na zagrożenia i potencjalnie nadużycia. Został opracowany z puli ponad 100 pozycji pochodzących z różnych instrumentów przesiewowych do wykrywania nadużyć wobec osób starszych. Przewiduje wypełnianie kwestionariusza przez pracowników opieki zdrowotnej w warunkach klinicznych na podstawie wywiadu ze starszą osobą oraz przegląd uwag do poszczególnych przypadków. Test ten był używany w wielu badaniach i w różnych populacjach.

Skala Podatności na Nadużycia wobec Osób Starszych (Vulnerability to Elder Abuse Scale, VASS) (Schofield i Mishra, 2003) to krótki, 12-elementowy kwestionariusz przeznaczony do oceny ryzyka nadużyć wobec osób starszych na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy. Narzędzie ma 4 podskale składające się z trzech pozycji, każda z opcjami odpowiedzi tak/nie i jest wsparta oceną psychometryczną. Podskale to Podatność, Zależność, Przygnębienie i Przymus. Dziesięć pozycji zostało zaadaptowanych z testu przesiewowego Hwalek-Sengstock (H-S/EAST), które uzupełniono dwoma dodatkowymi pytaniami: „Czy ostatnio ktoś z twoich bliskich wyzywał cię, poniżał lub sprawiał, że źle się czujesz?” i „Czy boisz się kogoś z rodziny?”. VASS jest przeznaczony do samodzielnego wypełniania przez osoby starsze.

Ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się

Seria ćwiczeń, które można wykorzystać do zastosowania w praktyce treści teoretycznych przekazywanych w module.

Ćwiczenie 1 – Pytania przesiewowe jako element rozmowy

Metoda: Odgrywanie ról w małych grupach na podstawie studium przypadku

Cele:

- zdobycie umiejętności stworzenia bezpiecznego środowiska do dyskusji na temat możliwych nadużyć
- nauczenie się wykorzystywania pytań przesiewowych jako element rozmowy
- zrozumienie złożoności oceny oznak możliwego nadużycia wobec osoby starszej

Przydział czasowy: 40 minut

Niezbędne materiały:

Dla każdej małej grupy potrzebne będą:

- dwoje ochotników; jeden odgrywa rolę osoby starszej, drugi – rolę profesjonalisty. Pozostali uczestnicy są obserwatorami.
- wydrukowany scenariusz
- krzesła
- kartki i długopisy dla wszystkich uczestników

Instrukcje dla trenera

Przed ćwiczeniem przeprowadź teoretyczną sesję wprowadzającą na temat istoty badań przesiewowych, a także złożoności i wyzwań związanych z badaniami przesiewowymi pod kątem zncania się nad osobami starszymi. Czy badanie przesiewowe to tylko zadawanie pytań? Jak zdobyć zaufanie starszej osoby? Czego profesjonalści muszą się nauczyć w zakresie pytania osób starszych o zgodę, zapoznawania ich z kwestionariuszami i zadawania pytań przesiewowych w ramach bezpiecznej i normalnej rozmowy? Jak ocenić oznaki możliwego nadużycia?

Wyjaśnij przebieg ćwiczenia.

- Przygotuj scenę do odgrywania ról z trzema krzesłami.
- Scenariusz 1 to dokument wprowadzający do odgrywania ról. Każdej małej grupie rozdaj jeden wydrukowany scenariusz wraz z pytaniami. Możesz także pokazać pytania przy pomocy power pointa.
- Daj grupom co najmniej 20 minut na dyskusję.
- Poproś obserwatora o zapisanie swoich komentarzy i pytań: co podczas rozmowy było przydatne, a co niekoniecznie?
- Po odegraniu scenek we wszystkich grupach poproś uczestników, aby podzielili się swoimi przemyśleniami na forum w nawiązaniu do przedstawionych pytań do dyskusji.

Adnotacja dla trenera

Przeznacz wszystkim uczestnikom zasady: nie wolno oskarżać osób odgrywających scenki ani krytykować sposobu, w jaki wykonują zadanie.

Ogólne pytania do dyskusji

- Co sądzisz o zadaniu polegającym na wprowadzaniu pytań przesiewowych do normalnej rozmowy?
- Jakimi zasadami należy się kierować podczas rozmowy, aby zdobyć zaufanie osoby starszej?
- Jakie oznaki mogą naśladować objawy nadużycia?
- Jakie trudności występują w odróżnieniu nadużyć i zaniedbań od innych schorzeń w przypadku Zofii?
- Jakie konsekwencje badania przesiewowe mogą mieć dla Zofii i jej rodziny?

MATERIAŁ NR 1 - SCENARIUSZ: 1 – ZOFIA

Zofia jest 85-letnią kobietą żyjącą w mieszkaniu wspomaganym. Mieszka tam od ponad 20 lat, ponieważ ma wiele chorób przewlekłych i pewne problemy ze zdrowiem psychicznym. Przyjmuje wiele leków. Ma osteoporozę i musi szczególnie unikać np. upadków, aby zapobiec złamaniom kości. Zofia jest chuda i nie ma apetytu. Należy jej również zalecać częstsze picie wody. Przeszła na wcześniejszą emeryturę z powodu chorób przewlekłych i problemów ze zdrowiem psychicznym. Jej mąż zmagał się z chorobą alkoholową i zmarł z jej powodu pół roku temu. Zofia ma mieszane uczucia – śmierć męża była ulgą, ale czuje się teraz samotna. W związku z przyjmowanymi lekami, kobieta otrzymuje świadczenia opieki domowej dwa razy w tygodniu. Ma trudności z chodzeniem i dlatego potrzebuje pomocy w codziennych czynnościach. Opiekunowie domowi monitorują również jej stan zdrowia psychicznego. Ostatnio u Zofii pojawiły się też problemy z pamięcią. Kobieta ma dwoje dorosłych dzieci, które od czasu do czasu ją odwiedzają. Syn gości u matki częściej i pomaga jej w zakupach.

Pewnego dnia, gdy opiekunka przychodzi sprawdzić stan Zofii, zastaje ją odpoczywającą na kanapie. Zofia wyglądała na zmęczoną i nieobecną. Jej syn zmywa naczynia w kuchni. Opiekunka zaczyna pytać Zofię, jak sobie radzi. Kobieta próbuje usiąść, ale ma z tym trudności. Opiekunka pomagając Zofii zauważa siniaki na jej łokciu i otarcia na nogach. Syn wyjaśnia, że matka była poplamiona, gdy wstała z łóżka, a on pomógł jej położyć się na kanapie. Opiekunka pomaga Zofii wziąć prysznic i zauważa wrzody w dolnej części jej pleców.

Opiekunka zgłasza swoje obserwacje pracownikowi socjalnemu, który wkrótce będzie rozmawiał z Sofie.


Pracownik socjalny i Zofia siedzą na kanapie, a pracownik rozpoczyna rozmowę na temat stanu kobiety. Jako pomoc w konwersacji wykorzystuje pytania z formularza przesiewowego. Na każde pytanie Zofia odpowiada po dłuższym zastanowieniu. Pracownik socjalny odchodzi podejmując decyzję, że sytuacja Zofii musi być częściej monitorowana.

Następnym razem, gdy do Zofii przychodzi opiekunka, syn jest znowu w domu. Zaczyna pytać ze złością, czy jest podejrzany o znęcanie się nad własną matką. Zofia wspomniała mu o pytaniach, które jej zadawano. Opiekunka wyjaśnia synowi, że to nie znaczy, że jest podejrzany, a pytania zadawane są rutynowo każdemu podopiecznemu. Tłumaczy także, że pracownicy są odpowiedzialni za dobre samopoczucie i bezpieczeństwo swoich podopiecznych, dlatego też są zobowiązani zadawać tego typu pytania. Syn uspokaja się, a opiekunka zauważa wyraz ulgi również na twarzy Zofii.

+++

Opis odgrywania ról:

Pracownik socjalny wchodzi do domu Zofii i wyjaśnia powód wizyty. Kobieta jest nieco zaskoczona, że tak szybko doszło do spotkania. Pracownik i Zofia siadają na kanapie, a pracownik rozpoczyna rozmowę na temat stanu kobiety. Zofia wspomina, że uprzedziła



syna o tej wizycie i że zaplanowano ją ze względu na jej stan podczas ostatniego spotkania z opiekunką. Opiekunka powiedziała, że jest odpowiedzialna za dobre samopoczucie i bezpieczeństwo swoich podopiecznych; w związku z tym pracownik socjalny musi zadać kilka pytań, na przykład o relacje między nią a synem oraz o to, na ile bezpiecznie czuje się w domu. Zofia relacjonuje, że syn był zły, gdy usłyszał o wizycie i zapytał, czy jest podejrzany o znęcanie się nad własną matką. Pracownik pomocy społecznej wyjaśnia, że pytania są rutynowo zadawane każdemu podopiecznemu. To nie znaczy, że jej syn jest o cokolwiek podejrzany. Jako pomoc w konwersacji pracownik wykorzystuje pytania z formularza przesiewowego. Na każde pytanie Zofia odpowiada po dłuższym zastanowieniu. Na pierwsze pytanie udziela odpowiedzi „tak”. Potrzebuje pomocy swoich dzieci przy zakupach i bankowości, a czasem także z posiłkami. Na pozostałe pytania odpowiada „nie”. Od czasu do czasu pracownik socjalny zadaje pogłębiające, bardziej szczegółowe pytania. Odchodzi podejmując decyzję, że sytuacja Zofii musi być częściej monitorowana.

+++

Pytania, które pracownik socjalny może spróbować włączyć do rozmowy (zgodnie z narzędziem EASI)

- 1) Czy polegałeś na ludziach w którymkolwiek z poniższych: kąpiel, ubieranie się, zakupy, bankowość lub posiłki?
- 2) Czy ktoś uniemożliwił Ci zdobycie jedzenia, ubrań, leków, okularów, aparatów słuchowych lub opieki medycznej lub przebywanie z osobami, z którymi chciałeś być?
- 3) Czy byłeś zdenerwowany, ponieważ ktoś rozmawiał z Tobą w sposób, który sprawił, że poczułeś się zawstydzony lub zagrożony?
- 4) Czy ktoś próbował zmusić Cię do podpisania dokumentów lub użycia pieniędzy wbrew Twojej woli?
- 5) Czy ktoś cię przestraszył, dotknął cię w sposób, którego nie chciałeś lub zranił cię fizycznie?

Ćwiczenie 2 – Badania przesiewowe jako proces

Metoda: Odgrywanie ról w małych grupach

Cele:

- zrozumienie procesu badań przesiewowych
- zrozumienie złożoności badań przesiewowych
- zrozumienie konsekwencji badań przesiewowych

Przydział czasowy: 40 minut


Niezbędne materiały

Dla każdej małej grupy potrzebne będą:

- dwoje ochotników; jeden odgrywa rolę osoby starszej, drugi – rolę profesjonalisty.
- scenariusz – wydrukowany lub wyświetlony na slajdach w programie PowerPoint
- 2 krzesła
- kartki i długopisy dla wszystkich uczestników

Instrukcje dla trenera:

- Przed ćwiczeniem przeprowadź teoretyczną sesję wprowadzającą na temat badań przesiewowych jako procesu, złożoności badań przesiewowych pod kątem przemocy wobec osób starszych, korzyści i ograniczeń badań przesiewowych oraz badań przesiewowych w przypadku upośledzenia funkcji poznawczych.
- Wyjaśnij przebieg ćwiczenia: ćwiczenie przeprowadza uczestników przez proces przesiewowy od początku do końca. Scenariusz 1, 2 i 3 to różne studia przypadków, z których każdy ma swoje własne wyzwania. Scenariusz 4 zbiera wszystkie przypadki razem do dyskusji ewaluacyjnej w zespole.
- Do odgrywania ról/socjodramy możesz wykorzystać wszystkie scenariusze 1, 2 i 3 lub wybrać jeden lub dwa z nich (na przykład w oparciu o zawody/ organizacje reprezentowane przez uczestników szkolenia lub ich zainteresowania). Daj grupom 10-15 minut na przedyskutowanie przypadków. Po zakończeniu dyskusji we wszystkich grupach poproś uczestników, aby podzielili się swoimi przemyśleniami na forum.
- Scenariusz 4 posłuży do odegrania ostatniej scenki /socjodramy. Po jej zakończeniu przeprowadź ogólną dyskusję zgodnie z przygotowanymi pytaniami.
- Przygotuj scenę do odgrywania ról z dwoma krzesłami. Zadbaj o to, aby publiczność widziała i słyszała aktorów.
- Rozdaj każdej grupie jeden wydrukowany scenariusz z pytaniami. Możesz także pokazać pytania przy pomocy programu PowerPoint.

- 
- Poproś aktorów i publiczność (obserwatorów) o zapisanie ewentualnych dalszych pytań:
 - Jak zespół powinien zbierać wyniki w takich przypadkach?
 - Jakie wnioski można wyciągnąć z tych przypadków?

Adnotacja dla trenera:

- Przekaż wszystkim uczestnikom zasady: nie wolno oskarżać osób odgrywających scenki ani krytykować sposobu, w jaki wykonują zadanie.
- Podkreśl, w jaki sposób praca multidyscyplinarna i angażująca wiele organizacji może pomóc w rozwiązywaniu spraw i przewycięzaniu wyzwań.
- Należy również pamiętać, że proste kategoryzowanie osób jako doświadczające przemocy lub nie, nie jest realistyczne. W praktyce klinicznej istoty ludzkie nie dają się łatwo wpisać w koncepcję skuteczności opartą na wrażliwości i swoistości narzędzi. Dlatego w każdym przypadku potrzebne są dalsze działania.
- Podczas gdy przemoc fizyczna, seksualna i do pewnego stopnia również finansowa, są łatwiej mierzalne i weryfikowalne, inne formy, takie jak znęcanie się psychiczne, emocjonalne, werbalne, a także przymus oraz zaniedbanie i porzucenie, są znacznie trudniejsze nie tylko do zweryfikowania, ale również do zrozumienia dla osób starszych. Są to bardziej ukryte formy nadużyć. Dlatego poproś uczestników, aby podczas omawiania przypadków pomyśleli zwłaszcza o nich.
- Zwróć uwagę, że to ćwiczenie można wykonać również na zakończenie szkolenia, aby przeciwiczyć i podsumować wszystkie kwestie omówione w czterech modułach.
- Zwróć uwagę, że ćwiczenie opiera się na narzędziu przesiewowym EASI, co warunkuje następujące opcje odpowiedzi: „tak”, „nie” lub „brak odpowiedzi”. Inne instrumenty mogą mieć inne opcje odpowiedzi i prowadzić do odmiennych wniosków.

MATERIAŁ Nr 2 – SCENARIUSZ: 1 – MARTA

Na pogotowie zgłosiła się 85-letnia Marta z obolałym biodrem w towarzystwie 55-letniego syna. Ponieważ jej biodro nie zostało złamane, jak pokazało zdjęcie rentgenowskie, może wrócić do domu z lekami przeciwbólowymi. Z pacjentką porozmawia pielęgniarka odpowiedzialna za wypisywanie pacjentów ze szpitala. Rozpoczyna dyskusję, pytając, czy korzysta ze świadczeń opieki domowej. Syn Marty odpowiada, że matka ich nie potrzebuje, ponieważ on jest jej nieformalnym opiekunem. Wydaje się, że Marta nie zwraca uwagi na rozmowę pielęgniarki i syna, ale rozgląda się trochę przestraszona.

Pielęgniarka chce porozmawiać z Martą na osobności i prosi ją o przejście do osobnego gabinetu. Syn stawia opór i mówi, że matka nie może rozmawiać z powodu zaburzeń pamięci. Pielęgniarka prowadzi jednak Martę do gabinetu i zaczyna pytać o jej warunki domowe, o to, jak czuje się w domu i czy się o coś martwi. Marta uważa, że dobrze jest być w domu, a syn zapewnia jej właściwą opiekę. Rozumie jednak, że chłopakowi jest ciężko, bo nie może wyjść z kolegami, kiedy ma na to ochotę. Na szczęście koledzy ze szkoły odwiedzają syna w domu, dzięki czemu mogą razem grać w gry. Oczywiście chłopcy są hałaśliwi, jak to zwykle bywa w tym wieku.

Pielęgniarka zastanawia się nad odpowiedziami Marty i pyta, w jakim wieku są chłopcy. „Och, są w wieku szkolnym!”. Pielęgniarka jest zdezorientowana słowami kobiety i nie jest pewna, do kogo się odnoszą oraz czy ma do czynienia z oznakami upośledzenia funkcji poznawczych. Dlatego zaczyna pytać więcej o warunki domowe Marty za pomocą pytań przesiewowych. Na większość pytań Marta odpowiada „nie wiem”, a test daje wynik negatywny. W końcu pielęgniarka postanawia zakończyć rozmowę i odprowadzić Martę z powrotem do syna.

MATERIAŁ Nr 3 – SCENARIUSZ: 2 – ROMAN

72-letni mężczyzna, Roman, przybył do szpitala na kontrolę leków, ponieważ ma ich kilka. Roman porusza się samodzielnie i wydaje się kompetentny w rozmowie. Szpital pracuje nad projektem mającym na celu przeprowadzenie badań przesiewowych pod kątem przemocy wśród osób starszych. Chodzi o to, aby dotrzeć do osób, które potrzebują pomocy. Pracownik socjalny ze szpitala przychodzi na spotkanie z Romanem prosząc o zgodę na zadanie mu kilka pytań dotyczących jego warunków domowych, spędzania czasu, a także tego, czy czuje się samotny. Roman zgadza się, a pracownik socjalny przystępuje do zadawania pytań przesiewowych.

Pracownik socjalny rozpoczyna rozmowę. Roman mówi, że mieszka sam, ponieważ jego żona zmarła dwa lata temu. Nie czuje się jednak samotny, ponieważ często przychodzą do niego dorosłe dzieci. Wszystkim dzieciom dobrze się układa w życiu, chociaż małżonek jednej z córek jest od kilku lat bezrobotny, co spowodowało problemy finansowe rodziny. Roman co jakiś czas pomaga im finansowo. Mężczyzna udzielając odpowiedzi czasami się waha, jednak wynik badania jest negatywny. Pracownik socjalny interpretuje te wahanie jako dokładne zastanawianie się nad odpowiedziami, dlatego też dziękuje Romanowi za rozmowę i żegna się.

MATERIAŁ Nr 4 – SCENARIUSZ: 3 – LUCYNA

Opiekunka domowa przywiozła do szpitala starszą kobietę, Lucynę, w związku z zawrotami głowy. Lucyna upadła na kant stołu i zraniła się w czoło, na którym pojawił się duży guz. Opiekunka chce, aby zbadano głowę Lucyny. Mówi, że kobieta mieszka z mężem, który ma poważne objawy demencji.

Opiekunka nie wie, czy mąż Lucyny miał coś wspólnego z upadkiem, uważa jednak, że mężczyzna jest zawsze w dobrym humorze i nie wydaje się agresywny. Mimo to, opiekunka mówi, że martwi się sytuacją domową Lucyny i tym, jak radzi sobie z życiem rodzinnym. Opieka nad mężczyzną z demencją jest ciężkim obowiązkiem i ogranicza życie żony. Po zbadaniu Lucyny lekarz kontaktuje się z pracownikiem socjalnym szpitala i prosi o rozmowę z pacjentką.

Lucyna zostaje skierowana do pracownika socjalnego, który rozpoczyna rozmowę prosząc o pozwolenie na zadawanie pytań z narzędzia przesiewowego. Lucyna się zgadza. Na podstawie jej odpowiedzi badanie w kierunku nadużyć daje negatywny wynik. Kobieta podkreśla, że mąż zawsze był dla niej dobry, a demencja nie pogorszyła jego charakteru. Jednak pracownik socjalny dzieli się swoimi obawami z Lucyną i pyta, czy pracownik socjalny mógłby odwiedzić ich dom dla bezpieczeństwa. Lucyna się zgadza.

MATERIAŁ Nr 5 – SCENARIUSZ: 4 – DYSKUSJA W GRUPIE

W szpitalu działa grupa robocza zajmująca się przemocą domową, która spotyka się w celu omówienia zidentyfikowanych przypadków.

Pielęgniarka, która rozmawiała z **Martą**, wyjaśnia jej sytuację i mówi, że Marta nie potrafiła rzetelnie odpowiedzieć na pytania zawarte w formularzu badania. Marta nie kwalifikowała się więc do badania.

Członkowie zespołu pytają pielęgniarkę, jak Marta reagowała na każde z pytań? Jak zachowywał się dorosły syn? Zespół stara się ustalić, czy w rozmowie nie pojawiły się żadne oznaki potencjalnego nadużycia.

Czy decyzja o zdolności/kompetencjach decyzyjnych Marty była słuszna, co oznaczało, że nie kwalifikowała się do badania przesiewowego?

Czy Marta miała możliwość dokonania świadomego wyboru udziału w rozmowie?

Jak w przypadku Marty można mieć pewność, że interpretacja jej sytuacji jest poprawna?

+++

Zespół kontynuuje spotkanie omawiając sytuację **Romana**. Pracownik socjalny, który rozmawiał z mężczyzną, raportuje przebieg konwersacji i mówi, że badanie przesiewowe nie wykazało nadużyć (wynik negatywny). Zespół przegląda odpowiedzi Romana pytanie po pytaniu i zastanawia się, czy biorąc pod uwagę jego sytuację domową, zasadne było stwierdzenie, że nie doświadczył przemocy?

Czy przypadek Romana był fałszywie negatywny (czy jednak doświadczył przemocy)?

Jakie konsekwencje może mieć badanie przesiewowe w przypadkach takich, jak Romana?

Co, jeśli Roman doświadczył nadużycia, ale z powodu negatywnego wyniku badania nie otrzyma pomocy?

Jak w przypadku Romana można mieć pewność, że interpretacja jego sytuacji jest poprawna?

+++

Na koniec zespół omawia sprawę **Lucyny**. Pracownik socjalny doszedł jednak do wniosku, że kobieta doświadcza przemocy ze strony męża (wynik pozytywny). Przypadek Lucyny jest jedynym, gdzie wiadomo, jak pytania wpłynęły na badaną osobę. Pracownik socjalny, który odwiedził kobietę w domu poinformował zespół, że była ona bardzo zdenerwowana po ich rozmowie. Miała odczucie, że jej mąż został niesłusznie oskarżony o znęcanie się nad nią.

Czy przypadek Lucyny był fałszywie pozytywny (w rzeczywistości nie doświadczyła przemocy)?

Jakie konsekwencje może mieć badanie przesiewowe w sytuacji takiej, jak ta?


Co, jeśli Lucyna tak naprawdę nie doświadcza nadużyć, a proponuje jej się usługi, których jej zdaniem nie potrzebuje?

Wykaz źródeł

1. 1800RESPECT. National Sexual Assault, Domestic Family Violence Counselling Service. Understanding screening | 1800RESPECT
2. Ballard, S. A., Yaffe, M. J., August, L., Cetin-Sahin, D., & Wilchesky, M. (2019). Adapting the elder abuse suspicion index© for use in long-term care: A mixed-methods Approach. *Journal of Applied Gerontology*, 38(10), 1472–1491. <https://doi.org/10.1177/0733464817732443>
3. Barron J. (2007). Older women and domestic violence, An Overview. Women's Aid; https://www.womensaid.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/DAME_Project_Final_Report_August_2012.pdf
4. Brijnath, B., Gahan, L., Gaffy, E., & Dow, B. (2020). “Build rapport, otherwise no screening tools in the world are going to help”: frontline service providers’ views on current screening tools for elder abuse. *The Gerontologist*, 60(3), 472-482.
5. Cimino-Fiallos, N & Rosen, T. (2021). Elder Abuse-A Guide to Diagnosis and Management in the Emergency Department. *Emergency medicine clinics of North America* 39; 405-417. <https://doi.org/10.1016/1.emc.2021.01.009>.
6. Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., & Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18(5), 660-685.
7. Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R., & Friedman, G. (2007). Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), 1224-1230.
8. Cohen, M. (2011). CLINICAL REVIEWS-Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM-Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), 261.
9. Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 243-249.
10. Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinková, E., Carpenter, G. I., & Livingston, G. (2006). Indicators of elder abuse: a cross national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(6), 489-497.
11. Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-838.
12. De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E and Verté D (2015). Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Vol. 191: 1483 – 1488.
13. Department of Health, (2005), Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals. London

14. Dong, X., Simon, M., De Leon, C. M., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., ... & Evans, D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Jama*, 302(5), 517-526.
15. Dong, X. Q., Simon, M. A., Beck, T. T., Farran, C., McCann, J. J., De Leon, C. M., ... & Evans, D. A. (2011). Elder abuse and mortality: The role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57(6), 549-558.
16. Dong, X., & Simon, M. A. (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA internal medicine*, 173(10), 911-917.
17. Dong, X., Chen, R., Chang, E. S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
18. Downes, C., Fealy, G., Phelan, A., Donnelly, N. A., & Lafferty, A. (2013). Abuse of older people with dementia: A review.
19. Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., & Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.
20. European Commission (2008). Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. imp.report.2008.04.30.d.europa.eu.
21. Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, C. E., Middleton, J. C., Barclay, C., ... & Jonas, D. E. (2018). Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 320(16), 1688-1701.
22. Fisher, B. S., & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
23. Fisher, B. S., Zink, T., & Regan, S. L. (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of interpersonal violence*, 26(2), 254-268.
24. Gibbs, L. M. (2014). Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in geriatric medicine*, 30(4), 687-712.
25. Hoover, R. M., & Polson, M. (2014). Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *American Family Physician*, 89(6), 453-460.
26. Lachs, M. S., Williams, C. S., O'brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280(5), 428-432.
27. Lazenbatt A, Devaney J and Gildea A (2010). Older women's lifelong experience of domestic violence in Northern Ireland. Queen's University Belfast. <https://www.womensaidni.org/assets/uploads/2012/04/older-women-and-domestic-violence-in-northern-ireland-executive-summary.pdf>;
28. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.
29. MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L. A., Worster, A., ... & Webb, M. (2006). McMaster Violence Against Women Research Group:

- Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296(5), 530-536.
30. Ministry of Social Affairs and Health, (2014), Screenings in Finland 2014. The present state of health care screenings and future prospects. URN_ISBN_978-952-00-3534-1.pdf (valtioneuvosto.fi)
 31. Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9(12), 1465-1477.
 32. Murphy, K., Waa, S., Jaffer, H., Sauter, A., & Chan, A. (2013). A literature review of findings in physical elder abuse. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 64(1), 10-14.
 33. National Center on Elder Abuse, Research to Practice: Elder Abuse Screening Tools for Healthcare Professionals, 2016.
 34. National Institute of Justice (2000). Elder Justice Roundtable: Medical Forensic Issues Concerning Abuse and Neglect October 18, 2000. U.S. Department of Justice
 35. Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., & Stahl, C. (1991). Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST).
 36. Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence and elderly and vulnerable adults for abuse: systematic review to update the 2004 US Preventive Services Task Force recommendation.
 37. Olofsson, N., Lindqvist, K., & Danielsson, I. (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years. *Public health*, 126(4), 358-364.
 38. Perel-Levin, S., & World Health Organization. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level by Silvia Perel-Levin.
 39. Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International emergency nursing*, 20(4), 214-220.
 40. Pickering C., (2014), Indicators of elder abuse among older patients Webinar. Michigan State University, College of nursing
 41. Pickering, C. E., Ridenour, K., & Salaysay, Z. (2016). Best practices for the identification of elder abuse and neglect in home health. *Home healthcare now*, 34(4), 182-188.
 42. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S194-S205.
 43. Rosen, T., Hargarten, S., Flomenbaum, N. E., & Platts-Mills, T. F. (2016). Identifying elder abuse in the emergency department: toward a multidisciplinary team-based approach. *Annals of emergency medicine*, 68(3), 378-382.
 44. Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., & Jogerst, G. J. (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(1), 17-36.
 45. Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120.

- 
46. Schofield, M. J., Powers, J. R., & Loxton, D. (2013). Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 679-685.
 47. Schofield, M. J. (2017). Screening for elder abuse: tools and effectiveness. In *Elder abuse* (pp. 161-199). Springer, Cham.
 48. Spangaro, J., Zwi, A. B., & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(1), 55-68.
 49. Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., ... & Feder, G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *Bmj*, 327(7416), 673-676.
 50. The United States Preventive Services Task Force, (2018). Final Recommendation Statement. Recommendation: Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening | United States Preventive Services Taskforce (uspreventiveservicestaskforce.org).
 51. UK National Screening Committee (2013) criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme - GOV.UK (www.gov.uk)
 52. Van Royen, K., Van Royen, P., De Donder, L., & Gobbens, R. J. (2020). Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1793.
 53. World Health Organization (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines
 54. WHO Regional Office for Europe (2020), Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen. 9789289054782-eng.pdf (who.int)
 55. Wigglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Liao, S., Gibbs, L., & Mosqueda, L. (2009). Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1191-1196.
 56. Wilson, J. M. G., Jungner, G., & World Health Organization. (1968). Principles and practice of screening for disease.
 57. Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.
 58. Yaffe, M. J., Weiss, D., & Lithwick, M. (2012). Seniors' self-administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): a feasibility study. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(4), 277-292.

Moduł 3 – Jak przeprowadzać screening: etyka i prawo do prywatności

Struktura modułu

Tytuł	Jak przeprowadzać screening: etyka i prawo do prywatności
Cele	Celem tego modułu jest omówienie: <ul style="list-style-type: none">▪ Możliwych problemów etycznych związanych z badaniami przesiewowymi (ograniczenia poufności; obowiązek zgłoszenia; samostanowienie; osoby starsze z ograniczeniami poznawczymi)▪ Kwestie prywatności związane z prowadzeniem badań przesiewowych: komu można/powinno się udostępniać informacje; jak postępować z wynikami badań przesiewowych
Wyniki nauczania	Uczestnicy będą wiedzieć, jak: <ul style="list-style-type: none">▪ zdobyć zgodę na badanie przesiewowe, zarówno od kompetentnych, jak i niekompetentnych prawnie osób starszych▪ chronić prywatność starszej osoby w trakcie i po badaniu przesiewowym▪ zapewnić dokładność i autentyczność gromadzonych informacji▪ postępować z zebranymi informacjami w związku z obowiązkiem zgłoszenia podejrzenia przypadków przemocy
Czas trwania:	3 godziny <ul style="list-style-type: none">▪ 45 min. – 1 godz. sesja wprowadzająca▪ 20 min. (2x10 min.) przerwy▪ 1 godz. i 30 min. ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się▪ 10 min. czasu dodatkowego (rozgrzewka, oczekiwanie na uczestników, odpowiadanie na pytania)
Materiały:	Flipchart
Materiały dodatkowe / karty pracy	Karta pracy 1 i 2

1. UZYSKANIE ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA PRZESIEWOWEGO

W tym module omówimy kwestie etyczne związane z badaniem, a także nadużycia, które mogą się podczas niego zdarzyć.

Brak zgody

Pierwszym rodzajem nadużycia, które może zostać popełnione podczas rutynowego zadawania pytań/procesu badania przesiewowego, jest brak zgody osoby przesłuchiwanej. Sprawa nie jest tak prosta, jak się wydaje, biorąc pod uwagę, że:

- zgoda może być również wyrażona w formie niewerbalnej i
- zgody może nie być nawet pomimo podpisania się na formularzu zgody.

Z jednej strony powinniśmy zastanowić się, w jaki sposób wyrażana jest zgoda, a z drugiej – *na co jest wyrażona zgoda, jakie są jej granice czasowe i zakres.*

Jak można wyrazić zgodę

Jeśli chodzi o sposób wyrażenia zgody, istnieją następujące sposoby:


- Domyślnie (na przykład, jeśli osoba, z którą przeprowadzono wywiad, odpowiada na zapytanie nie sprzeciwiając się)
- Wyraźnie (zgoda na udział w rozmowie / badaniu przesiewowym). W takim przypadku zgodę można wyrazić:
 - Werbalnie
 - W formie pisemnej, w tym przed zeznaniami lub funkcjonariuszem publicznym.

Ogólnie rzecz biorąc, zgoda na rutynowe ankietowanie / badanie przesiewowe nie powinna mieć określonej formy, aby można ją było uznać za ważną, chyba że jest to odmiennie dyscyplinowane przez pojedyncze ustawodawstwo krajowe. Można zatem powiedzieć, że sposób uzyskania zgody, o którą należy się ubiegać, powinien opierać się na użyteczności: *pisemna zgoda może być pomocna w jednoznacznym udowodnieniu, że dana osoba rzeczywiście się zgadza i łatwiej ją zarchiwizować i zachować.*

Granice zgody

Jeśli chodzi o granice zgody, to można odnieść się np. do wyrażenia zgody na udzielenie odpowiedzi na pytania, ale nie do tego, że odpowiedzi są zapisywane lub przechowywane; lub sposobu, w jaki powinny być przechowywane lub zarządzane.

Należy jednak pamiętać, że informacje zebrane a nawet tylko usłyszane podczas rutynowego zadawania pytań lub badania przesiewowego mogą dotyczyć sytuacji lub przestępstw



wywołujących u osoby prowadzącej wywiad/badanie obowiązek – z racji pełnionej roli zawodowej – zgłoszenia danej sytuacji do właściwych służb.

Dlatego też, jeśli zbierając zgodę osoby, z którą przeprowadzono wywiad, nie wyjaśnimy jednoznacznie potencjalnych konsekwencji jej odpowiedzi, może to skutkować ograniczeniem jej autonomii, samostanowienia i ostatecznie jej godności, jako osoby; można uznać, że osoba nie ma godności decydowania o tym, jak postępować biorąc pod uwagę możliwe konsekwencje. Co więcej, moglibyśmy argumentować, że nieprecyzyjne sformułowanie zapytania o zgodę można uznać za zagrożenie dla integralności fizycznej i emocjonalnej badanej osoby, ponieważ ujawnienie nadużycia może prowadzić do większej liczby nadużyć, często w formie eskalacji, jako kary, odwetu lub zemsty.

Kiedy i w jaki sposób zgoda jest prawidłowo wyrażona?

Kto jest uprawniony do wyrażenia zgody?

Osoba, z którą prowadzony jest wywiad/badanie: Zazwyczaj osoba uczestnicząca w badaniu przesiewowym/rutynowym zapytaniu wyraża zgodę – domyślnie ma do tego zdolność prawną.

Jednak może to nie mieć miejsca, gdy dana osoba jest niezdolna do czynności prawnych (np. ubezwłasnowolniona). Rzeczywiście, wyrażenie zgody oznacza możliwość działania zgodnie z prawem i tylko ten, kto jest prawnie kompetentny – a zatem ma zdolność rozumienia i wolę – może to zrobić.

Z drugiej strony równie dobrze możemy mieć przypadek osoby, która nie posiada zdolności do czynności prawnych, ale odpowiada na rutynowe pytania / badanie przesiewowe, nie będąc w stanie zrozumieć konsekwencji prawnych swoich słów. Oznacza to, że faktycznie możemy mieć wszystkie odpowiedzi na pytania / screening, ale – z etycznego i prawnego punktu widzenia – odpowiedzi te zostały zebrane z nadużyciem (braku) zdolności osoby starszej.

Opiekun: Ustawodawstwo krajowe przewiduje, że inny podmiot może zastąpić lub wspierać osobę niezdolną, aby umożliwić jej podjęcie prawnie ważnego czynu. Ta osoba jest zwykle nazywana „opiekunem”. To, do czego opiekun jest uprawniony, zależy od prawa lub przepisu sądowego, który go powołał. Dlatego osoba prowadząca badanie przesiewowe powinna sprawdzić, jakie uprawnienia posiada opiekun i upewnić się, że ma on uprawnienia do wyrażenia zgody na udział w badaniu/rutynowym zadawaniu pytań lub czy osoba starsza może to zrobić samodzielnie.

Opiekun i osoba, z którą przeprowadzany jest wywiad: Inną opcją jest wyznaczenie opiekuna do podejmowania pewnych decyzji wspólnie z podopiecznym.

Opiekun, osoba, z którą przeprowadzany jest wywiad i sędzia: Ponadto może również zaistnieć sytuacja, w której niektóre czynności muszą być wykonane przez opiekuna, ale tylko za specjalnym upoważnieniem sędziego. Dzieje się tak zazwyczaj w przypadku wszystkich działań, które mogą mieć istotne konsekwencje dla osoby starszej z ekonomicznego lub prawnego punktu widzenia (np. zdrowie, prawa obywatelskie...).

Czym jest kompetencja prawna i jak ją oceniać?

Kompetencje prawne to formalna zdolność do wykonywania praw i obowiązków. Jeśli ktoś ma ograniczone prawa i wolności lub nie ma ich w ogóle, to może na przykład nie być w stanie wykonywać czynności takich jak podpisywanie umów czy wyrażanie zgody na wykonywanie praktyki lekarskiej. Prawo zakłada, że dorośli mają zdolność, jednak może to być ograniczone przez określone schorzenia lub choroby. Utratę zdolności do czynności prawnych ocenia zwykle sędzia przy wsparciu biegłych medycznych.²

2. PRAWO DO PRYWATNOŚCI

Prawo do prywatności jako ochrona danych

Ze względu na charakterystykę i wrażliwość informacji, które można zebrać w ramach rutynowego zadawania pytań/badania przesiewowego, a także ze względu na konsekwencje, które mogą z tego wynikać, konieczne jest, aby informacje te były poufne i dostępne tylko dla ograniczonej liczby osób.

Temat poufności informacji zebranych w ramach rutynowego zadawania pytań/badania przesiewowego dotyczy dwóch faz: w trakcie pytania/prowadzenia badania oraz po zakończeniu wywiadu/badania przesiewowego.

Podczas zapytania / screeningu

Badanie przesiewowe powinno odbywać się w pomieszczeniu, które zapewnia poufność rozumiana jako uniemożliwienie innym osobom wejścia do pokoju w trakcie zadawania pytań oraz jako możliwość ukrycia osoby badanej kwestionariuszem przed wzrokiem osób trzecich. Najlepiej byłoby, gdyby pomieszczenie było dźwiękoszczelne, aby nie było słychać tego, co się mówi z zewnątrz.

Po zapytaniu / screeningu

Po zapytaniu / kontroli zebranymi danymi należy zarządzać ostrożnie, a w każdym przypadku przynajmniej zgodnie z RODO (w stosownych przypadkach) oraz z wszelkimi innymi istniejącymi krajowymi przepisami ustawowymi i wykonawczymi dotyczącymi

² Należy zauważyć, że pojęcia te różnią się w zależności od krajowych systemów prawnych

ochrony danych. Ogólnie rzecz biorąc, oznacza to zarządzanie danymi i ich archiwizacją tak, aby dostęp do nich miały tylko osoby, które są do tego upoważnione.

Prywatność jako naruszenie innych praw

Zagadnienia dotyczące prywatności w przypadku rutynowych dochodzeń/procedury przesiewowej nie dotyczą wyłącznie zebranych danych i nie odnoszą się tylko do etapu poprzedzającego samo zadawanie pytań/badanie przesiewowe. Zobaczmy, jakie inne prawa mogą zostać naruszone.

Prywatność jako prawo osoby badanej do życia prywatnego

Zgodnie z art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka³ osoby mają prawo do życia prywatnego. Nie pokrywa się to ze wspomnianym wcześniej prawem do poufności w związku z zarządzaniem danymi.

Pojęcie prawa do życia prywatnego było szeroko dyskutowane przez Europejski Trybunał Praw Człowieka⁴, a z jego wyroków i orzecznictwa zaczęto rozumieć, że prawo do życia prywatnego jest nie tylko kwestią ochrony danych, ale oznacza również życie w jak największym stopniu pozbawione zewnętrznych ingerencji (prawo do pozostawienia w spokoju), a zatem jako prawo do ochrony własnej integralności moralnej; jako prawo do indywidualnej tożsamości (prawo do bycia, stawania się i pozostawania sobą) i wreszcie także jako prawo do samostanowienia⁵ nawet w odniesieniu do sytuacji dotyczącej własnej integralności fizycznej.⁶

W tym kontekście samostanowienie oznacza zgodę na udział w zadawaniu pytań/procesie screeningu. Jednak nadużyciem może być myślenie, że raz udzielona zgoda jest udzielana raz na zawsze, raz na wszystko. Ponieważ rutynowe zadawanie pytań dotyczy bardziej intymnych aspektów jednostki i może obejmować jej bliższe więzi emocjonalne, udzielona zgoda może być jedynie poszlakowa, niepewna.

Prawo do wstrzymania i wycofania się z badania przesiewowego: samostanowienie. Kiedy rzekoma utrata poczucia własnej wartości boli bardziej niż rany fizyczne

Osoba, która wyraziła zgodę na rutynowe zadawanie pytań / badanie przesiewowe, powinna zawsze mieć możliwość zawieszenia zgody, cofnięcia jej lub ograniczenia do określonych informacji lub zabiegów (na przykład: „Wyrażam zgodę na udział w wywiadzie, ale nie

³ Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. 1. Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji. 2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności osób.

⁴ Międzynarodowy trybunał Rady Europy interpretujący Europejską Konwencję Praw Człowieka. Trybunał rozpoznaje skargi, w których zarzuca się, że umawiające się państwo naruszyło jedno lub więcej praw człowieka wymienionych w Konwencji lub jej protokołach fakultatywnych, których stroną jest państwo członkowskie.

⁵ Gladysheva vs. Russia, no. 7097/10

⁶ Glass vs. The United Kingdom, no. 61827/00

wyrażam zgody na przekazywanie wyników określonym osobom lub organizacjom”). Tak więc fakt otrzymania zgody na zadanie pytań nie powinien sugerować osobie przeprowadzającej wywiad, że nie będzie ona modyfikowana, jak to ma miejsce np. w przypadku umów. Wynika to z nieodłącznej jakości praw, na które ma wpływ tego rodzaju badanie przesiewowe.

Jedyną granicą tego bezwzględnego wyrażenia zgody jest obowiązek zgłoszenia faktu popełnienia aktu przemocy, raportowania, do którego zobowiązani są prawem niektórzy specjaliści.

Rzeczywiście, aby umożliwić osobie samostanowienie w odniesieniu do wyników przeprowadzanego screeningu – odpowiedzi, których udzieli (na przykład tych odnoszących się do przestępstwa podlegającego obowiązkowemu zgłoszeniu), osoba przeprowadzająca wywiad musi poinformować osobę badaną, że w przypadku powstania obowiązku zgłoszenia faktu przemocy, wybory respondenta co do wyrażenia zgody na badanie przesiewowe i sposoby przetwarzania jego treści będą ograniczone.

Na przykład, jeśli osoba przesłuchiwana odmówi udostępnienia informacji o przestępstwie, którego doświadczyła, może to wstrzymać obowiązek zgłoszenia faktu przemocy przez specjalistę przeprowadzającego badanie przesiewowe. Łatwo więc zrozumieć, że aby nie ograniczać samostanowienia osoby pytanej poza to, co przewidują przepisy prawa, konieczne będzie wyraźne poinformowanie o tym osoby badanej.

3. WYZWANIA PRAWNE I ETYCZNE ZWIĄZANE Z PROCESEM PRZESIEWOWYM

W tym rozdziale omówiono prawne i etyczne implikacje, które mogą mieć związek ze sposobem rutynowego zadawania pytań/ przeprowadzania badania przesiewowego.

Pytania ustne, pisemne, nagrywane: która forma pozwala na najlepszą ochronę rozmówców, a która na najlepszą ochronę danych?

O ile nie istnieją konkretne przepisy regulujące rutynowe zadawanie pytań, sposób, w jaki należy to zrobić, nie jest wiążący. Jego wybór powinien być podyktowany jedynie wyważeniem celu zadawania pytań/badania przesiewowego i przede wszystkim refleksją nad tym, która metoda pozwoli na lepsze udokumentowanie procesu. W praktyce rutynowe zadawanie pytań / badanie przesiewowe można przeprowadzić:

- ustnie, bez dokumentowania;
- ustnie, ale udokumentowane na piśmie, sparafrazowane przez osobę zadającą pytania
- pisemnie, przez osobę odpowiadającą na pytania (w tym z wykorzystaniem kwestionariuszy do samodzielnego wypełniania)
- z nagraniem audio lub audio-wideo

W tym miejscu warto nawiązać do tego, co zostało wcześniej wyjaśnione w odniesieniu do kwestii prywatności związanych z gromadzeniem i archiwizacją wyników wywiadu.

Dokładność i autentyczność: parafrazowanie lub cytowanie; pytanie otwarte/zamknięte; swobodne opowiadanie, pytania podchwytliwe

Jeśli chodzi o ocenę możliwości zapewnienia dokładności i autentyczności zebranych informacji, należy wziąć pod uwagę, że narzędzia przesiewowe oparte na pytaniach zamkniętych mogą mieć pewne ograniczenia.

O ile pytania zamknięte, zwłaszcza w formie pisemnej, mają tę oczywistą zaletę, że są bardziej praktyczne, o tyle w literaturze ugruntowało się⁷, że tego rodzaju podejście nie cieszy się przychylnością badaczy, np. gdy musi być wykorzystane jako dowód potwierdzający nadużycie. Odpowiedź zamknięta jest intuicyjnie w mniejszym stopniu przypisywana rozmówcy w porównaniu z wypowiedzią wyrażoną własnymi słowami, a zatem prawdopodobnie mniej autentyczna.


Co więcej, w pytaniu zamkniętym łatwiej popaść w błędne rozumowanie (choć prawdopodobnie w dobrej wierze) polegające na zadawaniu pytania złożonego, co implikuje pewne założenia ze strony osoby zadającej pytania, nie zaś osoby, która na nie odpowiada. Tak więc, jeśli rutynowe zadawanie pytań / badanie przesiewowe przeprowadzane z wykorzystaniem pytań zamkniętych jest prawdopodobnie bardziej skuteczne, jego opracowanie powinno być dokładniejsze, bardziej wyważone i lepiej zweryfikowane w porównaniu z narzędziami opartymi na pytaniach otwartych.

Implikacje prawne i etyczne związane z pytaniami

Wybór między swobodną opowieścią a pytaniem zamkniętym lub otwartym ma implikacje etyczne i prawne, które wykraczają poza sposób przeprowadzenia wywiadu i kwestię ochrony gromadzonych danych. Aby to zrozumieć, konieczne jest sprecyzowanie pewnych przesłanek i kroków logicznych.

Nadużycia, które mogą zostać ujawnione w związku z rutynowym zadawaniem pytań/procedurami przesiewowymi, często mieszczą się w kategorii przemocy domowej i nadużyć (w tym także te, do których dochodzi w placówkach opiekuńczych, ponieważ chociaż placówki te nie są właściwymi domami osób starszych, stanowią ich środowisko domowe). Powszechnie wiadomo, że nadużycia i przemoc domowa, ponieważ mają miejsce w przestrzeni prywatnej, często występują z dala od oczu społeczeństwa i dlatego jedynymi świadkami (a więc często jedynym dostępnym źródłem materiału dowodowego) są same ofiary.

⁷ Lipton J.P. On the psychology of eyewitness testimony, in "journal of applied psychology", 1977, 62, s.556-564; De Cataldo Neuburger L., Psicologia della testimonianza e prova testimoniale, Milano, Giuffrè, 1988; Inbau F.E., Reid J.E., Buckle J.P., Jayne B.C., Criminal interrogation and confessions. Aspen, Md, Gaithersburg, 2001; De Leo G., Scalzi M. e Caso L., La testimonianza. Problemi, metodi e strumenti di valutazione dei testimoni, Bologna, Il Mulino, 2005



Taki stan rzeczy zmusił sędziów i prawodawców do znalezienia kryteriów potwierdzających narrację ofiary, w sytuacji, gdy jest to jedyny dostępny dowód. Kryteria te to podmiotowa i przedmiotowa wiarygodność opowieści:⁸

Pierwsze kryterium, wiarygodność podmiotowa, przekłada się na wiarygodność osoby, która opowiada o wydarzeniu. W odniesieniu do osób starszych ich wiarygodność jest często ograniczana przez ich słabą kondycję (bez względu na to, czy w tym kontekście jest to słuszne i prawdziwe, czy też zakładane jako – choćby dorozumiany – stereotyp ze względu na fakt, że w określonej sytuacji osoba starsza wykazywała ułomność).

Drugim kryterium jest wiarygodność przedmiotowa, czyli w praktyce wewnętrzna wiarygodność opowieści, z pominięciem jej zgodności z innym materiałem dowodowym dostępnym w trakcie procesu, gdyż – jak wspomniano – w przypadku przemocy domowej zwykle taki materiał nie istnieje. Zasadniczo narracja musi być wewnętrznie spójna, ponieważ nie można jej podtrzymać innymi środkami.

Zestaw odpowiedzi na pytania zamknięte raczej nie jest w stanie „opowiedzieć historii”, a tym bardziej wiarygodnej. W związku z tym stosowanie odpowiedzi zamkniętych może mieć niewielką (a w każdym razie mniejszą) zdolność do wsparcia ścigania nadużycia. Istotnie, mniejsza zdolność osoby starszej do opowiedzenia wiarygodnej historii utrudniłaby potępienie i represjonowanie nadużyć, zmniejszając w konsekwencji zdolność do zapobiegania dalszym nadużyciom, ponieważ w sytuacji takiej ofiara nie będzie chroniona, a sprawca może nadal dopuszczać się przemocy.

Sytuacja może natomiast wyglądać inaczej, jeśli pomyślimy o ogólnej profilaktyce. Rutynowe zadawanie pytań oparte na zamkniętych odpowiedziach może dobrze sprawdzać się w ujawnianiu nadużyć, a zebrane dane mogą adekwatnie odzwierciedlać rozpowszechnienie problemu w populacji osób starszych i tym samym umożliwić władzom uruchomienie środków politycznych, prawnych i administracyjnych, mających na celu stawienie czoła zjawisku nadużyć wobec osób starszych. Oczywiście pytania zamknięte mogą być również wstępem do kolejnego wywiadu z pytaniami otwartymi, przy zachowaniu wszystkich korzyści, o których wspomniano powyżej.

Dlatego decydując się na zastosowanie narzędzi przesiewowych z pytaniami zamkniętymi zamiast wykorzystania pytań otwartych należy mieć świadomość, że ma to etyczne, prawne i praktyczne implikacje: wpływa na profilaktykę ogólną lub szczególną⁹, niezależnie od tego, jak wyniki powinny być chronione pod względem poufności lub jak najlepiej można je udokumentować.

⁸ Na przykład zob.: Włoski Najwyższy Sąd Kasacyjny, III, Wydział Karny, 06.11.2014. n. 45920. Który stwierdził, w przypadku przemocy seksualnej wobec małoletniego z niepełnosprawnością intelektualną, że oświadczenia pokrzywdzonego „mogą zgodnie z prawem być wykorzystane samodzielnie jako podstawa do stwierdzenia odpowiedzialności karnej oskarżonego, po weryfikacji, której towarzyszy odpowiednie uzasadnienie, podmiotowej wiarygodności oświadczającego i wewnętrznej wiarygodności jego zeznania, które jednak w tym przypadku musi być bardziej wnikliwe i rygorystyczne niż ta, której podlegają zeznania jakiegokolwiek świadka”, ponieważ „choć prawda jest, że nawet jeśli stan niepełnosprawności umysłowej pokrzywdzonego, jak już stwierdził ten Sąd, nie wyklucza, że zeznania jego mają pełną moc dowodową, to również prawdą jest, że jest to możliwe, jeżeli sędzia ustalił i podał odpowiednie powody, że na zeznania nie miał wpływu deficyt umysłowy”.

⁹ W kontekście prawnym odwołujemy się do prewencji ogólnej jako do utrudniania komuś popełnienia przestępstwa, a do prewencji szczególnej jako do utrudniania komuś, kto popełnił przestępstwo, ponowne jego popełnienie.

Jak udokumentować zadawanie pytań/badanie przesiewowe

Ponadto sposób, w jaki dokumentujemy badanie przesiewowe lub wywiad oparty na pytaniach otwartych (które mogą być kontynuacją badania przesiewowego), ma konsekwencje i pociąga za sobą kwestie, które, chociaż nie są nadużyciami sensu stricto, mogą zdecydowanie przyćmić argumenty dla ich stosowania, czasami niosąc nawet konsekwencje prawne dla osoby prowadzącej rozmowę.

W przypadku odpowiedzi na pytania otwarte ważne jest, aby raportować je dosłownie, używając cudzysłówów i aby w jak największym stopniu pozostać wiernym temu, co chciały powiedzieć osoby, z którymi przeprowadzono wywiad.

Istotnie, podsumowanie lub parafrazowanie ich słów może skutkować, nawet jeśli nieumyślnym, ich zniekształceniem, z podwójnie negatywnymi skutkami:

Pierwszym z nich jest uczynienie narracji mało wiarygodną, a przez to osłabioną (jak omówiono wcześniej) w kontekście procesu.

Po drugie, niewierna narracja, w przypadku oficjalnego zgłoszenia, może prowadzić – zgodnie z krajowymi przepisami i rolą zawodową przeprowadzającego wywiad – do orzeczenia popełnienia przestępstwa, nawet jeśli nie bezpośrednio wobec przesłuchiwanego, to polegającego na nadużyciu zaufania.

Podobnie jak w przypadku niewiernej narracji, modyfikacja dokumentu, w którym wywiad jest raportowany, może mieć również skutek prawny jako przerobienie dokumentu, a tym samym fałszerstwo. Można zaliczyć tu bardzo trywialne sytuacje jak usunięcie treści za pomocą korektora lub gumki (przez co nie da się zobaczyć, co zostało napisane wcześniej, a tym samym zrozumieć, czy celem było po prostu poprawienie literówki czy manipulacja zawartością dokumentu).

Kolejnym elementem do rozważenia jest dokładność, czyli precyzyjne odniesienie się do każdej podanej informacji. Na przykład raportowanie, że czyn (który zdaniem osoby przeprowadzającej wywiad stanowi nadużycie) został popełniony „przez znajomego” (zamiast „przez małżonka” lub „przez dziecko” ... wraz z nazwiskiem) może pociągać za sobą trudności lub opóźnienia we wdrażaniu interwencji ochronnych, a tym samym uniemożliwić uniknięcie powtarzania się nadużyć.

Jak przechowywać i zabezpieczać wyniki rutynowego zadawania pytań / badania przesiewowego

Po wyjaśnieniu, w jaki sposób należy przeprowadzić rutynowe zadawanie pytań / badanie przesiewowe, warto omówić, gdzie i jak należy przechowywać uzyskane na ich podstawie wyniki. Chociaż może być to regulowane przez obowiązujące przepisy w zakresie ochrony danych, należy również rozważyć cel, dla którego zadawane są pytania.

Pod warunkiem, że celami są: prewencja ogólna, prewencja szczególna oraz raportowanie w celu zahamowania nadużyć i przemocy, wyniki powinny być zawarte w trwałym dokumencie, który należy zarchiwizować tak, aby można było:

- dołączyć je szybko do zarzutu prawnego,

- opracować statystyki lub przekazać informacje zwrotne osobom, z którymi przeprowadzono rozmowy / badanie.

Możliwe jest oddzielenie tych danych od innych informacji dotyczących osoby, której zadawane są pytania, sklasyfikowanie ich i zabezpieczenie przed dostępem osób trzecich, które mogłyby bezpośrednio lub pośrednio utrudniać ich wykorzystanie. Tak więc, na przykład, należy unikać przechowywania wyników w sposób umożliwiający do nich dostęp domniemanemu sprawcy, aby nie mógł ich modyfikować, niszczyć lub wymuszać na ofierze wycofanie narracji stosując groźby lub dalsze nadużycia.

Wnioski: prawo do prywatności vs obowiązek zgłaszania vs wola osoby udzielającej odpowiedzi

Jak wspomniano wcześniej, w przypadku rutynowego zadawania pytań / badania przesiewowego należy wziąć pod uwagę trzy ważne potrzeby: ochronę danych i poufność – a zatem nieudostępnianie i nieprzekazywanie zebranych informacji, obowiązek zgłaszania nadużyć lub ich podejrzeń, a także prawo do samostanowienia dotyczące decyzji, czy wziąć udział w rutynowym zadawaniu pytań/badaniu przesiewowym oraz tego, czy i w jaki sposób osoba udzielająca odpowiedzi będzie mogła dysponować informacjami pochodzącymi z wywiadu.


Na szczeblu krajowym mogą istnieć regulacje dotyczące sposobu równoważenia tych potrzeb, pozwalające odpowiedzieć na wszystkie powyższe równie istotne kwestie etyczne i prawne. W każdym razie ważne jest, aby podejmować działania umożliwiające zbalansowanie wszystkich tych potrzeby i aby w miarę możliwości nie odpowiadać na jedną z nich kosztem innej.

Sposobem osiągnięcia powyższego jest dostarczenie na czas wszystkich tych informacji osobie starszej, aby mogła dokonać samookreślenia.

Jeżeli osoba przeprowadzająca wywiad ma obowiązek zgłaszania jego wyników w określonych przypadkach, informację tę należy podać zanim osoba udzielająca odpowiedzi wyrazi zgodę na zadawanie pytań/badanie przesiewowe oraz przed każdym pytaniem, w odpowiedzi na które ujawnione mogą zostać informacje na temat nadużyć lub przemocy. Poinformowanie o obowiązku zgłoszenia powinno odbyć się w sposób zrozumiały dla rozmówcy, biorący pod uwagę jego zdolności poznawcze i kulturowe.

Pozwoli to osobie, z którą przeprowadzany jest wywiad, zrozumieć konsekwencje udzielanych odpowiedzi i zdecydować o tym, czy chce ich udzielić, czy też nie. Z drugiej strony umożliwi specjalistce przeprowadzającemu rozmowę uniknięcie naruszania swoich obowiązków zawodowych w celu uszanowania woli rozmówcy lub ochrony jego bezpieczeństwa w przypadku ryzyka odwetu lub eskalacji.

Jeśli tak się nie stanie, konsekwencje informacji udzielonych przez osobę, z którą przeprowadza się wywiad, wyjdą z jej sfery kontroli, a zatem obszar jej samostanowienia zostanie nieodwracalnie zmniejszony, jako że osoba ta nie będzie w stanie ocenić ryzyka przed podjęciem decyzji, czy i o czym mówić.




Obowiązek informacyjny specjalisty przeprowadzającego wywiad powinien również obejmować organizacje i agencje, do których osoba odpowiadająca na pytania może się zwrócić w przypadku, gdy jest ofiarą nadużyć. Dlatego obowiązek ten nie ogranicza się tylko do informowania innych, ale także do bycia poinformowanym o miejscach i usługach wspierających ofiary przemocy.

4. ZASADY ETYCZNE W BADANIACH PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU PRZEMOCY WŚRÓD OSÓB STARSZYCH

Badania przesiewowe wiążą się z pewnym wyraźnym ryzykiem etycznym, takim jak konsekwencje wyników fałszywie dodatnich (niesłusznych oskarżeń o nadużycia) lub fałszywie ujemnych (niewykryte przypadki nadużyć, w sytuacjach, w których interwencja może uratować życie). Oskarżanie kogoś o przemoc, gdy nie ma ona miejsca lub przeoczenie przypadku nadużycia może mieć druzgocące skutki. Czy łączna szkoda wynikająca z niewykrycia/pozostawienia kogoś w niebezpiecznej sytuacji jest większa niż ryzyko fałszywego oskarżenia? Takie incydenty mogą mieć katastrofalne i dalekosiężne skutki dla zaangażowanych osób. W przeciwieństwie do badań przesiewowych w zakresie zdrowia fizycznego, takich jak badania przesiewowe szyjki macicy w celu wykrycia potencjalnego raka szyjki macicy, w przypadku przemocy wobec osób starszych istnieją bardziej zróżnicowane, specyficzne dla problemu sytuacje, które wymagają starannego rozważenia względów etycznych. Na przykład ofiary przemocy mogły nie prosić i nie chcieć przeprowadzenia dochodzenia. Ocena zdolności decyzyjnych również wymaga starannego przemyślenia i rozważenia. Narzędzia przesiewowe stosowane w całym systemie mogą pomóc specjalistom w przyjęciu bardziej obiektywnego podejścia, ale podejście to musi być starannie wyważone. (McCarthy i in. 2017).

Przemoc ze strony członka rodziny lub partnera jest złożona, ponieważ osoba starsza może zmagać się ze społecznymi, kulturowymi i religijnymi aspektami egzystowania, żyjąc z osobą/osobami stosującymi przemoc. Ponadto, interwencji w przypadku nadużycia mogą towarzyszyć obawy osobiste, prawne i etyczne z powodu braku zasad zawodowych. Saghafi i in. (2019) omówili w swoim przeglądzie obszerny zestaw zasad etycznych, takich jak autonomia, kompetencje, dobroczynność oraz poszanowanie praw i godności człowieka. Autonomia obejmuje niezależne podejmowanie decyzji bez żadnych ograniczeń oraz szacunek dla niezależności. Odnosi się to również tego, jak należy podejmować decyzje; pacjenci mają prawo uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących ich samych. Wiąże się to jednak z ich zdolnością do podejmowania decyzji i występowaniem potwierdzonych zdolności umysłowych (tamże).

Zasada kompetencji oznacza własne kompetencje specjalistów w zakresie pracy z osobami starszymi. Specjaliści powinni dokonać samooceny swoich kompetencji dotyczących postaw wobec starszych ofiar, wiedzy i umiejętności. Nie mogą ślepo przestrzegać obowiązku zgłaszania. Mogłoby to potencjalnie wyrządzić więcej szkody niż pożytku, prowadząc na przykład do zemsty sprawcy, który jest jednocześnie głównym opiekunem osoby starszej.



Brak działania może z kolei spowodować dalsze szkody. Są to złożone kwestie etyczne, nierozstrzygalne jednoznacznie w praktyce ani na papierze. (Scheiderer, 2012)

W przypadkach, gdy starsza osoba nie posiada kompetencji, należy rozważyć kwestie etyczne. Warto zauważyć, że zdolności i kompetencje to nie to samo: zdolności mają wymiary takie jak podejmowanie decyzji, dbanie o siebie i samoobrona. Na przykład w demencji występuje upośledzenie pamięci, ale osobowość, wartości i pamięć długotrwała mogą pozostać nienaruszone. Przy próbie określenia zdolności do podejmowania decyzji, dokonywanej za pomocą trafnych i wiarygodnych pomiarów, należy zwrócić uwagę na różnice kulturowe i płciowe. Poszanowanie poufności i zaufania to jedna z najważniejszych zasad etycznych, którą należy wziąć pod uwagę. Wyjątkiem może być jednak sytuacja, w której wyrządzona zostanie poważna krzywda. Obowiązek raportowania zależy od przepisów obowiązujących w różnych krajach, a różne przepisy mogą regulować obowiązek zgłaszania, w tym zgłaszania podejrzeń o przemoc wobec osób starszych. Jednak ważne jest, aby starać się zaangażować osobę starszą w proces raportowania i zgłaszać jedynie istotne dane, aby w jak największym stopniu szanować jej prywatność. Obowiązkowe zgłaszanie jest cenne, gdy istnieją systemy i przepisy, które pomagają osobom starszym i zapobiegają dalszym krzywdom. (Saghafi i in. 2019).

Podejście opieki zdrowotnej do badań przesiewowych wyraża się w zasadach dobroczynności i nieszkodzenia. Dobroczynność to równoważenie potencjalnych korzyści i potencjalnego ryzyka indywidualnej szkody. Korzyść jest często wiązana z pojęciem znacznej korzyści odnoszącej się do wyniku, który teraz lub w przyszłości można uznać za wart zachodu. Dobroczynność i nieszkodzenie oznaczają, że profesjonaliści starają się zapewnić korzyści dla tych, z którymi pracują i nie wyrządzają szkody swoją działalnością zawodową. W zarządzaniu przypadkami przemocy wobec osób starszych ta zasada etyczna ma słabe punkty: nasza obecna wiedza naukowa na temat badań przesiewowych i ich wyników jest sprzeczna i niekompletna. Od profesjonalistów wymaga się podejmowania skomplikowanych decyzji etycznych, czy i jak podjąć działania w przypadku wykrytego lub podejrzewanego przypadku nadużyć wobec osoby starszej. Zwykle wymaga to trudnego balansowania między ochroną osób starszych i zapobieganiem dalszym krzywdom poprzez ograniczanie kontroli osoby starszej nad własnym życiem. (Scheiderer, 2012)

5. ZDOBYWANIE ZAUFANIA ROZMÓWCY

Czym jest zaufanie

Zaufanie jest centralną częścią wszystkich relacji międzyludzkich, w tym związków romantycznych, życia rodzinnego, działalności biznesowej, polityki i praktyk medycznych. Na przykład w przypadku braku zaufania do lekarza lub pracownika socjalnego, znacznie trudniej jest skorzystać z ich profesjonalnej porady.

Istnieje wiele definicji zaufania, ale dla celów niniejszego opracowania zdefiniowano je jako gotowość bycia podatnym na zagrożenia ze strony innych osób na podstawie pozytywnych oczekiwań dotyczących intencji i kompetencji tych osób. Oznacza to, że ma się pewność, że druga strona transakcji troszczy się o osobę obdarowującą ją zaufaniem i będzie zachowywać się w sposób korzystny lub przynajmniej nieszkodliwy dla tej osoby. Dlatego ufając innym osoba ta oczekuje, że jej podatność na zagrożenia nie zostanie wykorzystana z powodów takich jak władza, zysk lub przyjemność.¹⁰

Jak zdobyć zaufanie klienta / pacjenta

Zdobycie zaufania w relacji klient/pacjent – specjalista wymaga czasu i może na nie wpływać wiele czynników. Oto niektóre elementy, które specjalista może wziąć pod uwagę, aby zbudować pozytywną relację z klientem/pacjentem: aby przekazać komunikat pokazujący troskę i zainteresowanie, zaleca się, aby specjalista usiadł obok pacjenta/klienta, spędzał z nim więcej czasu, mówił miękko głosem i z szacunkiem, pamiętał wydarzenia z jego życia i jego akta, wyrażał zainteresowanie warunkami życiowymi i wykonywał dla niego pomocne gesty (Jacobsen i Vesti, 1992; Northouse i Northouse, 1985; Fine i Glasser, 1996; Thom i Campbell, 1997; Behnia, 2002).

Aby odpowiedzieć na pragnienie klienta/pacjenta dotyczące poznania kompetencji profesjonalisty, jego motywacji i opinii o kliencie/pacjencie, specjaliści muszą jasno określić swoje motywacje do pracy z nim i ujawnić swoje osobiste doświadczenia (Fong i Cox, 1989; Hassan, 1997). Należy jednak pamiętać, że ujawnianie to powinno odbywać się w sposób rozważny.

Ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się

Seria ćwiczeń, które można wykorzystać do zastosowania w praktyce treści teoretycznych przekazywanych w module.

ĆWICZENIE 1 – SAMOOCENA ZAWODOWYCH KOMPETENCJI ETYCZNYCH DO PRACY ZE STARSZYMAMI OFIARAMI NADUŻYĆ

Metoda: Praca grupowa na podstawie indywidualnej samooceny

Cele:

- Uczestnicy rozumieją, w jaki sposób badania przesiewowe pod kątem znęcania się nad osobami starszymi opierają się na zasadach etycznych

¹⁰ Behnam Behnia, Trust Development: A Discussion of Three Approaches and a Proposed Alternative, *The British Journal of Social Work*, Volume 38, Issue 7, October 2008, s. 1425–1441, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm053>

- Uczestnicy są w stanie rozważać złożone kwestie etyczne podczas pracy ze starszą ofiarą przemocy
- Uczestnicy uświadamiają sobie własne kompetencje zawodowe

Przydział czasowy: 40 minut

Potrzebne materiały:

- Pytania do autorefleksji na papierze
- Długopisy
- Slajd PowerPoint zawierający ogólne pytania do dyskusji na koniec ćwiczenia.

Wskazówki dla trenera:

- Przed ćwiczeniem przeprowadź teoretyczną sesję wprowadzającą na temat etycznych zasad badań przesiewowych pod kątem znęcania się nad osobami starszymi. Podczas sesji przedyskutuj z uczestnikami, jakie zasady etyczne obowiązują w ich zawodzie. Poproś ich również, aby pomyśleli o swoich zawodowych zasadach etycznych z punktu widzenia znęcania się nad osobami starszymi.
- Wyjaśnij przebieg ćwiczenia. Zwróć uwagę, że każdy uczestnik ma swobodę wyboru tego, czym chce się podzielić z grupą. Jest to ważne dla stworzenia bezpiecznego środowiska do ćwiczeń.
- Rozdaj uczestnikom pytania na papierze lub udostępnij pytania na slajdzie PowerPoint.
- Daj uczestnikom 15 minut na samoocenę.
- Po dokonaniu samooceny podziel uczestników na grupy 4-5 osobowe. Grupy mogą być tworzone według tego samego zawodu lub zawodów mieszanych.
- Daj uczestnikom 10 minut na podzielenie się z grupą swoją samooceną.
- Po dyskusji grupowej uczestnicy dzielą się swoimi przemyśleniami z całą publicznością zgodnie z ogólnymi pytaniami do dyskusji.

Pytania do samooceny

- Każdy zawód ma swoje własne zasady etyczne. Wypisz, Twoim zdaniem, 2-3 najważniejsze zasady etyczne Twojego zawodu.
- Jakie są Twoim zdaniem profesjonalne kompetencje etyczne w Twoim zawodzie podczas pracy ze starszymi ofiarami przemocy?
- Czy zasady etyczne twojego zawodu zwracają uwagę na starzenie się i/lub znęcanie się nad osobami starszymi?
- Jakie zasady są złożone i prawdopodobnie trudne do przestrzegania w obszarze przemocy wobec osób starszych?

Pytania do ogólnej dyskusji

- Czym są zawodowe kompetencje etyczne, zwłaszcza w przypadku pracy ze starszymi ofiarami przemocy?
- Czy znalazłeś w dyskusji grupowej podobne wyzwania związane z przestrzeganiem zasad etycznych podczas pracy ze starszymi ofiarami nadużyć? Jakie to wyzwania?

Adnotacje dla trenera

Zachęcaj uczestników do dyskusji i współpracy. Staraj się znaleźć te same/podobne wyzwania w każdym zawodzie podczas pracy ze starszymi ofiarami wykorzystywania. Podkreśl, w jaki sposób praca multidyscyplinarna i na wielu frontach organizacyjnych może pomóc w przezwyciężeniu tych wyzwań.

ĆWICZENIE 2 – BADANIA PRZESIEWOWE Z UDZIAŁEM KOMPETENTNYCH OSÓB STARSZYCH I OSÓB Z OGRANICZENIAMI POZNAWCZYMI

Metoda: Socjodrama to potężna strategia nauczania, która łączy podejście oparte na studium przypadku z tradycyjną metodologią odgrywania ról w celu zilustrowania krytycznych problemów w badaniach przesiewowych. Ta technika, zgodna z zasadami uczenia się dorosłych, pozwala odbiorcom zidentyfikować problemy i możliwe rozwiązania dla pacjentów i personelu. Niektórzy uczestnicy wybierani są z grupy, aby odegrać opisany scenariusz. Zwróć uwagę, że byłoby lepiej, gdyby aktorzy nie zgadzali się wcześniej na to, jak będą się zachowywać, aby reakcje były bardziej spontaniczne i podobne do rzeczywistej sytuacji. Reszta publiczności najpierw obserwuje scenę, a następnie moderator kieruje dyskusją publiczności za pomocą pytań otwartych. Podczas tego okresu ustrukturyzowanej dyskusji identyfikowane są kluczowe kwestie instruktażowe, a wspólna wiedza kliniczna uczestników stanowi podstawę uczenia się. Po pewnym czasie poświęconym na dyskusję, osoby, które zaproponowały różne sposoby radzenia sobie z sytuacją, proszone są o zastąpienie pierwotnych „aktorów” i odtworzenie sceny. Gdy wyznaczony czas dobiega końca, moderator może podsumować treść lub skupić się na kwestiach, które nie zostały zidentyfikowane przez tę konkretną publiczność, aby umożliwić dalsze refleksje i dyskusję.

Instrukcje dla trenera

Uwaga: tę procedurę można zastosować w jednym lub obu scenariuszach, w zależności od dostępnego czasu. Możesz również wybrać scenariusz bardziej zbliżony do kontekstu, w którym realizowane jest szkolenie lub odpowiednio go dostosować.

W pierwszej kolejności pozwól uczestnikom odegrać scenę tak, jak chcą – tylko przypomnij im, aby spróbowali zastosować zasady etycznego badania przesiewowego, które zostały wcześniej wyjaśnione, i spróbowali uwzględnić wszystkie kwestie opisane w scenariuszu, ponieważ są one istotne dla oceny decyzji, które podejmą.



W tym samym czasie poinstruuuj resztę publiczności, aby robiła notatki z tego, co widzą, co zauważają, lub jeśli jest coś, co zrobiliby inaczej.

Odczekaj 10 / 15 minut na wykonanie sceny. Po zakończeniu sceny otwórz dyskusję z publicznością, pytając na przykład:

- Jakie ważne kwestie zidentyfikowaliście w tej scenie?
- Jak zachowalibyście się w takim przypadku ze starszą osobą?
- Jak można było tym lepiej zarządzać?
- Jakie uczucia wywołała w Was ta scenka i dlaczego?

Przeznacz 20 minut na dyskusję i ostatecznie pomóż słuchaczom zidentyfikować główne problemy krytyczne i znaleźć alternatywne rozwiązania zgodnie z zasadami nauczonymi w module.

Następnie poproś tych członków widowni, którzy byli bardziej aktywni w sugerowaniu alternatywnych zachowań, aby odtworzyli tę scenę. Powtórz proces.

Sugestie dla prowadzących

Główne kwestie, które należy zbadać w ramach scenariusza to:

- Czy zgoda została pozyskana prawidłowo (np. czy uzyskano zgodę od właściwej osoby)
- Czy szanowana jest prywatność
- Czy wyniki badań przesiewowych są prawidłowo raportowane
- Czy specjalista zachowuje się zgodnie ze swoim obowiązkiem zgłoszenia rozpoznania potencjalnej ofiary przemocy.

Jako alternatywę dla socjodramy, scenariusze mogą być również przedstawiane jako przypadki do dyskusji.

Karta pracy 1 – SCENARIUSZ 1 – KOMPETENTNA OSOBA STARSZA

M. jest pracownikiem socjalnym zatrudnionym w domu dziennego pobytu dla osób starszych. M. jest odpowiedzialny za nowe przyjęcia i dziś wita A., 78-letnią osobę, której towarzyszy jej dorosłe dziecko. A. ma pewne słabości fizyczne, ale nie ma problemów poznawczych, które utrudniałyby jej/jemu rozumienie i wolę.

Zgodnie z procedurami obowiązującymi w ośrodku M. musi przeprowadzić z A. badanie przesiewowe. Okazuje się przy tym, że A. mógł/mogła być psychicznie maltretowany/a przez swoje dorosłe dziecko.

Ulotka 2 – SCENARIUSZ 2 – OSOBA STARSZA z ŁAGODNYMI ZABURZENIAMI POZNAWCZYMI

M. jest pielęgniarką zatrudnioną w zakładzie opiekuńczym dla osób starszych. M. jest odpowiedzialna za nowe przyjęcia i dziś wita A., 78-letnią osobę starszą, która jest przyjmowana do ośrodka z inicjatywy swojego opiekuna. A. mieszkał/a sam/a. Ma wnuczkę, która rzadko ją/go odwiedza. A. nie ma istotnych problemów ze zdrowiem fizycznym, ale cierpi na łagodne zaburzenia poznawcze (MCI) i wyznaczono opiekuna do pomocy w podejmowaniu decyzji prawnych.

Zgodnie z procedurami obowiązującymi w ośrodku, M. musi przeprowadzić z A. badanie przesiewowe. Okazuje się przy tym, że A. mógł/a być ofiarą finansowych nadużyć ze strony swojej wnuczki.

Wykaz źródeł

1. Behnam Behnia, Trust Development: A Discussion of Three Approaches and a Proposed Alternative, *The British Journal of Social Work*, Volume 38, Issue 7, October 2008, Pages 1425–1441
2. De Cataldo Neuburger L., *Psicologia della testimonianza e prova testimoniale*, Milano, Giuffrè, 1988
3. De Leo G., Scalzi M. e Caso L., *La testimonianza. Problemi, metodi e strumenti di valutazione dei testimoni*, Bologna, Il Mulino, 2005
4. Inbau F.E., Reid J.E., Buckle J.P., Jayne B.C., *Criminal interrogation and confessions*. Aspen, Md, Gaithersburg, 2001
5. Lipton, J. P. On the psychology of eyewitness testimony. *Journal of Applied Psychology*, 62(1), 90, 1977
6. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.
7. Saghafi, A., Bahramnezhad, F., Poormollamirza, A., Dadgari, A., & Navab, E. (2019). Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 12.
8. Scheiderer, E. M. (2012). Elder abuse: Ethical and related considerations for professionals in psychology. *Ethics & Behavior*, 22(1), 75-87.

MODUŁ 4 – Wyzwania w pracy z ofiarami przemocy

Struktura modułu

Title	Wyzwania w pracy z ofiarami przemocy
Cele	<ul style="list-style-type: none">▪ Poszerzanie wiedzy na temat możliwych wyzwań związanych z pracą ze starszymi ofiarami przemocy i strategii przezwycięzania tych wyzwań▪ Zwiększenie świadomości znaczenia praw człowieka i planowania bezpieczeństwa w przypadku podejrzenia nadużycia▪ Poprawienie umiejętności i kompetencji, budowanie zdolności zarządzania ujawnianiem informacji, odpowiedniej interwencji, wsparcia i kierowania przypadków przemocy do odpowiednich służb▪ Wspieranie rozwoju sposobów działania (interwencji) w przypadkach przemocy wobec osób starszych▪ Podnoszenie świadomości na temat znaczenia samoopieki i tego, gdzie zwrócić się o wsparcie dla personelu zaangażowanego w badania przesiewowe ofiar przemocy
Wyniki nauczania	<p>Pod koniec modułu uczestnicy powinni być w stanie:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ wymienić możliwe wyzwania związane z pracą ze starszymi ofiarami przemocy▪ rozumieć prawa osób starszych w procesie przesiewowym▪ zarządzać ujawnianiem przypadków przemocy▪ zorganizować bezpieczne środowisko badań przesiewowych i znać sposoby na zwiększenie bezpieczeństwa osoby, z którą przeprowadzono wywiad▪ rozpoznaj oznaki wypalenia zawodowego w kontekście pracy z ofiarami przemocy▪ wdrażać strategię samoopieki, czyli dbania o siebie▪ znaleźć wsparcie, aby zapobiegać i/lub radzić sobie z zespołem stresu pourazowego (PTSD)

Czas trwania	<p>3 godziny</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 45 min. – 1 godz. sesja wprowadzająca ▪ 20 min. (2x10 min.) przerwy ▪ 1 godz. i 30 min. ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się ▪ 10 min. czasu dodatkowego (rozgrzewka, oczekiwanie na uczestników, odpowiadanie na pytania)
Potrzebne zasoby	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Karteczki Post-it (samoprzylepne) ▪ Flipchart lub tablica ▪ Miernik czasu (np. Minutnik lub stoper) ▪ Karty w dwóch kolorach z napisami „TAK” i „NIE”
Kluczowe informacje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Istnieją różne rodzaje wyzwań w pracy z ofiarami nadużyć. Świadomość ich istnienia jest kluczowym czynnikiem sukcesu w pracy z jednostkami doświadczającymi przemocy ▪ Przemocy wobec osób starszych, chociaż jest to zjawisko złożone, można i należy zapobiegać za pomocą rządowych i instytucjonalnych strategii i programów
Karty pracy	-

1. WYZWANIA ZEWNĘTRZNE

COVID-19

Koronawirus i związane z pandemią ograniczenia zasobów spowodowały spadek świadczenia usług opieki społecznej. Jednocześnie wskaźniki rozpowszechnienia przemocy w podeszłym wieku wzrosły aż o 84% w przypadku społeczności (Chang & Levy 2021, Results).


Kwestie praw człowieka, które wchodzi w grę, mogły nieco zejść na dalszy plan dzisiejszych priorytetów światowych, aby za wszelką cenę po prostu przetrwać pandemię.

Strategie rządowe / polityka

Gdy kurz pandemii opadnie, inicjatywy rządowe, takie jak zwiększenie funduszy na zapobieganie i interwencję, są niezbędne do dalszego budowania świadomości na temat przemocy wobec osób starszych i strategii zapobiegających występowaniu tego zjawiska. Ramy prawne i polityki są niezbędne do wspierania procesów organizacyjnych i działań w terenie. To rząd danego kraju jest odpowiedzialny i decyduje o takich czynnikach jak:

- definiowanie w krajowym środowisku prawnym, jakie rodzaje przemocy są skodyfikowane jako przestępstwa, tworzenie przepisów zgodnych z międzynarodowymi ramami prawnymi, podpisywanie i wzmocnienie międzynarodowych traktatów przeciwko przemocy
- wdrożenie procedur w przypadku podejrzenia, zgłoszenia lub wykrycia nadużycia przez izby przyjęć oraz placówki służby zdrowia, opieki społecznej, policji i interwencji kryzysowej. Mogą to być m.in. opisanie procesów, zaangażowanych instytucji i ich odpowiedzialności, przygotowanie standardowych dokumentów, ale także wydanie wymagań dotyczących aspektów fizycznych, takich jak zapewnienie dedykowanej przestrzeni, zapewnienie poufności w trakcie śledztwa, zabezpieczenie osoby poszkodowanej przed wpływem sprawcy przez funkcjonariuszy policji itp.
- finansowanie i promowanie badań i programów badawczych w obszarze wykorzystywania osób starszych, publikowanie raportów na ten temat w celu budowania świadomości i podejmowania strategicznych decyzji
- wydawanie wymagań dotyczących szkoleń tematycznych pracowników służby zdrowia, opieki społecznej i policjantów
- wdrożenie krajowego planu działania dotyczącego przemocy wobec osób starszych
- usługi oferowane starszym ofiarom nadużyc lub zaniedbania ze strony ich opiekunów
- promocja programów profilaktycznych, w tym usług szkoleniowych i wspierających opiekunów
- wsparcie dla organizacji pozarządowych, które służą ofiarom przemocy w podeszłym wieku i/lub chronią ich prawa.

Sektor zdrowia może przyczynić się do zaprzestania przemocy wobec osób starszych w lokalnych społecznościach, szpitalach, instytucjach.



Istnieją obiecujące strategie, t.j.:

- ✓ Kampanie informacyjne w celu zwiększenia świadomości personelu w rozpoznawaniu przemocy wobec osób starszych
- ✓ Wspieranie opiekunów w celu zmniejszenia stresu
- ✓ Szkolenie opiekunów w obszarze demencji
- ✓ Dopracowanie polityki opieki stacjonarnej w celu określenia i poprawy standardów opieki

Jednakże, większość państw zgłasza, że nadal nie mają formalnych planów działania dla zaadresowania zjawiska przemocy wobec osób starszych. Ostatnie badanie 133 państw pokazało, że


Tylko **40%** miało narodowe plany

Tylko **17%** miało narodowe badania

Potrzeba większej liczby badań dotyczących przemocy wobec osób starszych – czynnikach ryzyka, konsekwencjach, rozwiązaniach dla tego zjawiska – zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach.

Na całym świecie rządy mogą zrobić więcej, by działać w obszarze przemocy wobec osób starszych i zapobiegać jej. Sektor ochrony zdrowia może:

1. podnosić świadomość w sektorze zdrowia i innych sektorach na temat obciążeń zdrowotnych i społecznych związanych z wykorzystywaniem osób starszych
2. rozpoznać znęcanie się nad osobami starszymi jako problem zdrowia publicznego i ustanowić działania zapobiegające nadużyciom wśród osób starszych głównym punktem zainteresowania
3. opracować i przetestować interwencje oparte na dowodach, aby zapobiegać znęcaniu się nad osobami starszymi
4. świadczyć usługi ofiarom przemocy wobec osób starszych
5. współpracować z innymi sektorami w celu rozwiązania problemu przemocy wobec osób starszych, tj. z wymiarem sprawiedliwości, opieką zdrowotną i pomocą społeczną



Wspieraj Światowy Dzień Świadomości Znęcania się nad Osobami Starszymi – 15 czerwca

Zaangażuj się – skontaktuj się z lokalną organizacją działającą na rzecz osób starszych

Zwiększ świadomość – rozmawiaj ze przyjaciółmi, kolegami i z rodziną

WHO Resources:

- Global status report on violence prevention 2014
- Violence prevention: the evidence
- WHO Department for Management of NCDs, Disability, Violence, and Injury Prevention (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/)


Design by Communicate Health
www.communicatehealth.com
WHO/NMH/NVI/16.5 © WHO, 2016. All rights reserved.

Źródło: WHO, https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1 (dostęp: 1 czerwca 2021). Tłumaczenie własne PCG Polska Sp. z o.o.

Zmiany demograficzne i wydatki na opiekę

Globalna populacja ludzi w wieku 65 lat i starszych wzrośnie ponad dwukrotnie, z około 727 milionów w 2020 roku do ponad 1,5 miliarda w 2050 (UN DESA, 2020). Postępujące zmiany demograficzne w populacji wywierają presję na systemy opieki zdrowotnej i społecznej. Rosnący udział osób starszych w społeczeństwach oznacza rosnące wydatki na opiekę środowiskową i instytucjonalną ze strony samorządów i instytucji publicznych. Dodatkowo niektóre kraje (np. Polska) borykają się z niedoborami wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej – personel służby zdrowia także starzeje się i przechodzi na emeryturę, a na rynek pracy wchodzi zbyt mało nowych specjalistów, aby zaspokoić rosnące zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze. Powoduje to pogorszenie jakości usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Są to główne czynniki częstszego występowania przypadków nadużyć wobec osób starszych przebywających w instytucjach: niższe standardy opieki oraz nieodpowiednio przeszkolony lub przepracowany personel.

Obecny model opieki nad osobami starszymi, najbardziej rozpowszechniony w samorządach (domy opieki, opieka domowa, oddziały opieki długoterminowej – np. zakłady opiekuńczo-lecznicze) wymaga ograniczania wydatków, a jednocześnie zwiększania dostępu i podtrzymywania jakości opieki (zdrowotnej), która jest nie do utrzymania w dłuższej perspektywie. Bez strategicznego ukierunkowania na profilaktykę (najlepszym



rozwiązaniem jest samodzielność i starzenie się we własnym domu) oraz efektywność usług opiekuńczych, budżety nie poradzą sobie z presją demograficzną w postaci rosnących kosztów opieki długoterminowej i malejących wpływów podatkowych od pracującej części społeczeństwa.

Zmiana demograficzna znajduje również odzwierciedlenie w wymaganym większym zaangażowaniu opiekunów nieformalnych i członków rodziny oraz ich rosnącym poświęceniu się opiece nad osobami starszymi. Przedłużający się okres sprawowania opieki nad osobami starszymi jest męczący dla rodzin i wymaga różnych form wsparcia dla zaangażowanych opiekunów. Dobrostan fizyczny i psychiczny tych ostatnich w coraz większym stopniu zależy od szerszego dostępu do opieki zastępczej, wdrażania innowacyjnych form wsparcia, budowania sieci wsparcia i świadczenia teleopieki jako usługi publicznej. Bez takiego wsparcia przemęczeni i zestresowani opiekunowie zapewniają ujście dla swoich emocji w aktach przemocy.


Brak świadomości

Przewiduje się, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa wzrośnie liczba osób starszych doświadczających przemocy i nadużyć. Jednak nie wszyscy rozumieją, że niektóre negatywne relacje w rodzinie lub między podopiecznym a opiekunem mogą być formą przemocy. Dla osób starszych przemoc może mieć np. następujące oblicza: izolowanie, zabieranie pieniędzy (np. emerytury lub renty), obelgi, groźenie oddaniem do domu opieki, wmawianie choroby psychicznej, wymuszanie zmiany testamentu, zaniedbanie, pozostawienie osoby starszej bez opieki. Ważne jest uwrażliwienie społeczeństwa na złe traktowanie osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem pracy z dziećmi, młodzieżą, pracownikami instytucji publicznych, ale także z samymi osobami starszymi. Seniorzy, doświadczając przemocy, często nie są świadomi zachodzącego zjawiska. Dopóki te przypadki przemocy i/lub zaniedbania będą przez niektórych uważane za normalne, zwyczajnie pozbawione szacunku zachowanie, dopóty ogólnokrajowe kampanie uświadamiające będą przynosiły korzyści.

Dyskryminacja: ageizm, seksizm

Dyskryminacja ze względu na płeć, rasę i wiek jest przez niektórych uważana za największe zagrożenie dla współczesnej demokracji i spójności społecznej (Szukalski 2009, s. 59). Wśród nich ageizm jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka przemocy wobec osób po 60 roku życia. Ageizm to „systemowe stereotypy i dyskryminacja ludzi, ponieważ są uważani za starych”. (Butler, 1975). W kontekście społeczno-kulturowym osoby starsze są często postrzegane jako słabe, bezradne, zależne i potrzebujące opieki.

Takie podejście do starości jest często wzmacniane przez seksizm definiowany jako „przekonania dotyczące fundamentalnej natury kobiet i mężczyzn oraz ról, jakie powinni odgrywać w społeczeństwie”. (EIGE 2021) Uznanie jednej płci za lepszą od drugiej prowadzi do wielu niesprawiedliwych stereotypów dotyczących płci, które mogą mieć wpływ na obie płcie w różnych sytuacjach, ale w szczególności na kobiety. Dodatkowo, średnio na całym świecie kobiety żyją dłużej niż mężczyźni. W 2020 r. kobiety stanowiły 55% światowej



populacji w wieku 65 lat lub więcej i 62% światowej populacji w wieku 80 lat lub więcej (UN DESA, 2020). Biorąc pod uwagę powyższe, kobiety i kobiety starsze są szczególnie wrażliwą grupą dotkniętą zarówno wiekiem, jak i nierównością płci i dlatego częściej doświadczają przemocy (UN DESA 2020).

Warto jednak wspomnieć, że najnowsza metaanaliza nie wykazuje różnic między płciami w przypadku przemocy wobec osób starszych (Yon i in., 2017). Niektóre badania pokazują, że kobiety są bardziej podatne na niektóre formy nadużyć, podczas gdy mężczyźni są bardziej podatni na inne formy. Podczas gdy kobiety stanowią większość społeczeństw w starszych grupach wiekowych, nie należy lekceważyć nadużyć w przypadku starszych mężczyzn.

2. WYZWANIA ORGANIZACYJNE

W sektorach zdrowia i systemach pomocy społecznej we wszystkich krajach można jeszcze wiele zrobić, zaczynając od podstawowych badań nad problemem przemocy w podeszłym wieku i dążąc do opracowania długotrwałych, zorientowanych na cel strategii sektorowych w celu zwalczania przemocy wobec osób w podeszłym wieku. Struktury organizacji i priorytety instytucji są czynnikami napędzającymi prawidłowo realizowane programy profilaktyczne.

Badania przesiewowe pod kątem znęcania się nad osobami starszymi często konkurują z innymi priorytetami organizacyjnymi. Choć badania przesiewowe ofiar przemocy zostały zaakceptowane w kontekście i oddziałach pediatrii, nie są one tak powszechne i oczywiste podczas leczenia osób dorosłych i starszych. Zakorzenie się praktyki screeningu w izbie przyjęć, na SOR, w opiece domowej i stacjonarnej wymaga wysiłku i czasu. Specjaliści powinni mieć czas i zasoby, aby przyzwycząić się do metodologii badań przesiewowych (Couture i in. 2016, s. 13-14). Innymi czynnikami hamującymi badania przesiewowe starszych ofiar przemocy były ograniczenia czasowe zgłaszane zarówno przez pracowników socjalnych, jak i pracowników służby zdrowia (Schmeidel et al. 2012) oraz brak możliwości omówienia przypadków z innymi kolegami (Killick i Taylor, 2009; Stolee et al. 2012).

Badania w tym obszarze wykazały, że pracownicy socjalni woleliby móc przeznaczyć więcej czasu na przejrzanie przypisanych im spraw i dostęp do wcześniej zaplanowanych sesji superwizji, zamiast posiadania konkretnego narzędzia przesiewowego. Ponadto, monitorowanie przypadków znęcania się nad osobami starszymi musi być priorytetem wyznaczonym przez kierownictwo wyższego szczebla opieki zdrowotnej lub instytucji opieki społecznej, tak aby można było przeznaczyć wystarczającą ilość czasu na badania przesiewowe i aby podjęte wysiłki zostały uznane i docenione.

Jednym z wielu wyzwań sektorowych i organizacyjnych jest również przesuwanie odpowiedzialności – zamiast wymogu, aby wszystkie sektory miały obowiązek sprawdzania ofiar przemocy, zarówno opieka społeczna, jak i opieka zdrowotna twierdzą, że monitorowanie/przesiewanie i rozpoczęcie procedury interwencyjnej jest zadaniem drugiej strony. (Couture i in. 2016, s. 4). Pracownicy socjalni polegają na pielęgniarkach,

a pielęgniarki twierdzą, że mają inne priorytety i polegają na systemowym podejściu i osobistej relacji pomocy społecznej w wykrywaniu takich przypadków.

3. BARIERY OSÓB STARSZYCH W UJAWNIANIU PRZEMOCY

Przemoc wobec osób starszych ma miejsce w różnych sytuacjach. Trudno jest, podobnie jak w przypadku innych rodzajów przemocy, określić jej rodzaj i zakres, ponieważ wiele starszych ofiar jej nie ujawnia. Przyczyny tego są typowe dla kryzysu przemocy, w tym brak wiary w skuteczność działań organów ścigania. Sytuacja krzywdzonej osoby starszej jest bardzo trudna, wielowarstwowa. To mieszanka skrajnie różnych ambiwalentnych uczuć i stanu fizycznego.


Troska i wstyd

Ogromnym problemem jest niechęć maltretowanych starszych osób do ujawniania przemocy, której doświadczają ze strony swoich dzieci, wnuków i współmałżonków – przemocy, która ma miejsce w rzekomo opartym na zaufaniu związku. Są to nie tylko materialne, ale i emocjonalne uwikłania, w których jest osadzona dana osoba (Rogers, 2016). Poczucie konieczności ochrony i wspierania swoich bliskich sprawia, że ofiary cierpią w milczeniu. Starzy rodzice często czują się odpowiedzialni za zachowanie swoich dorosłych dzieci, zgodnie z przekonaniem, że tak je wychowali. Wiąże się z wstydem, a jednocześnie chęcią zaopiekowania się sprawcami – dziećmi czy bliskimi krewnymi. Ważne jest, aby zachęcić ich do zmiany sposobu myślenia.

Depresja

Osoby starsze, które nie akceptują swojej sytuacji, zagubione w poczuciu swojej roli społecznej, czasem samotne po przejściu na emeryturę, częściej cierpią na objawy depresji. W Europie odsetek osób zgłaszających takie schorzenia generalnie wzrasta wraz z wiekiem. Średnio prawie 8% osób w wieku 65-74 lata (od 2,4% w Rumunii do 20,7% w Portugalii) i ponad 10% w grupie 75+ (odpowiednio od 3,1% do 17,1%) zgłaszało, że cierpi na przewlekłą depresję (Eurostat 2017). Wskaźniki te są znacznie wyższe w przypadku osób starszych żyjących w zinstytucjonalizowanej opiece. Badanie przeprowadzone w Niemczech wykazało, że prawie 30% pensjonariuszy domów opieki miało lekką lub ostrą depresję, a dodatkowe 18% było przygnębionych. Prawie 30% pensjonariuszy przepisano leki przeciwdepresyjne, choć część z nich nigdy nie została formalnie zdiagnozowana (Kramer 2009, Wyniki).

To stan, który należy leczyć, a nie brać za pewnik w tym wieku. Warto również zauważyć, że istnieje silny związek między znęcaniem się nad osobami starszymi a pojawianiem się negatywnych emocjonalnych i fizycznych problemów zdrowotnych, takich jak depresja, jako rezultat samego złego traktowania (Acierno i in., 2017). Depresja, lęk i zaburzenia pourazowe były rzeczywiście zgłaszane jako najbardziej rozpowszechnione psychologiczne konsekwencje przemocy wobec osób starszych. (Dong i in., 2013).



Stan depresji utrudnia ludziom wprowadzanie zmian w swoim życiu, ogranicza ich aktywność i często powoduje bierność w trudnej sytuacji. Czasami wiąże się to z wyuczoną bezradnością.

Nadzieja

W przypadku przemocy w rodzinie bardzo często ma miejsce tzw. cykliczny przebieg – sprawca poza okresami, w których rani lub bije, ma lepsze dni, kiedy dobrze traktuje ofiarę, jest oddany, ciepły i wyrozumiały. Wiąże to bardzo uzależnioną ofiarę przemocy od sprawcy i daje fałszywą nadzieję na trwałą poprawę relacji, nadzieję, że nadużycie wobec niego ma charakter incydentalny i wkrótce się skończy. Ta dynamika niekoniecznie występuje w placówkach opieki stacjonarnej.

Poczucie winy

Typowe zachowanie sprawcy polega na zrzuceniu winy na ofiarę. Bił, pchał, prowokował, bo „znowu czegoś chcesz”, „nie dajesz mi spokoju”, „brudzisz się” itp. Ciągłe powtarzanie tego sprawia, że ofiary przemocy uważają, że gdyby były inne, bardziej sprawne, samodzielne, pomocne, sytuacja uległaby poprawie – czują się więc winnymi sytuacji przemocy.

Obawa, strach

Osoby krzywdzone, zależne od sprawcy, boją się konsekwencji ujawnienia przemocy. Boją się, czują obawę przed:

- całkowitym odrzuceniem
- eskalacją agresji
- odwetem ze strony agresora
- umieszczeniem w domu opieki, co wiąże się z utratą dostępu do własnego miejsca zamieszkania, do wnuków itp.
- brakiem funduszy, brakiem niezależności, niemożliwością poradzenia sobie finansowo (Perttu & Laurola, 2020).

Potrzeba opieki, zależność

Podatność biologiczna i wyższa śmiertelność osób starszych jest jednym z powodów, dla których większość przypadków nadużyć wobec tej grupy nie jest identyfikowana ani zgłaszana. Szacuje się, że 1 na 6 osób starszych jest ofiarą przemocy, a jednocześnie tylko 4% przypadków przemocy jest zgłaszanych przez tę grupę (WHO). Co więcej, nadużycia są bardziej rozpowszechnione w przypadku deficytów poznawczych – 47% zidentyfikowanych ofiar przemocy pochodzi z grupy osób starszych z otępieniem (Couture i in. 2016, s. 2). Dla starszej ofiary krzywdzenia, bycie osobą potrzebującą opieki, z demencją, niesamodzielną, to czynniki przemawiające często za instytucjonalizacją jako jedynym wyjściem z brutalnego środowiska przemocy.

Obowiązek zgłoszenia

Specjaliści i obywatele, zgodnie z określonymi przepisami krajowymi, mogą mieć obowiązek zgłoszenia przestępstwa, jeśli się o nim dowiedzą. Ponieważ przepisy różnią się w poszczególnych krajach, konieczne jest zbadanie tej kwestii na poziomie krajowym¹¹.

4. POSZANOWANIE PRAWA OSÓB STARSZYCH DO NIEUJAWNIANIA PRZEMOCY

Zrozumienie

Jeśli podejrzewa się, że osoba starsza jest ofiarą przemocy – pracownik służby zdrowia lub pomocy społecznej powinien z nią porozmawiać, udzielić wsparcia, zaoferować osobistą pomoc. Większość ofiar milczy ze wstydu, strachu, bezradności lub nieznajomości swoich praw. Często też znajdują się pod presją sprawców lub członka rodziny. Moment, w którym osoba molestowana zaczyna mówić o swoich przeżyciach, może być dla niej bardzo trudny, dlatego ważne jest, aby traktować ją z uwagą i zrozumieniem (Perttu i Laurola, 2020, s. 68).

Osoba molestowana powinna przede wszystkim dowiedzieć się od pracownika służby zdrowia lub pomocy społecznej, że nie jest winna tego, co się dzieje, że to sprawca zawsze ponosi odpowiedzialność za przemoc. Współczucie pracownika służby zdrowia lub pomocy społecznej, jego wsparcie może mieć decydujące znaczenie dla dalszych decyzji ofiary. Informacje o przemocy nie mogą być pozostawione bez uwagi, usunięte ani zapomniane. Sprawca, który czuje się bezkarny, postępuje coraz okrutniej, a to może zagrażać zdrowiu, a nawet życiu ofiary.

Specjalista powinien zachęcać osobę doświadczającą przemocy do wezwania policji w nagłych wypadkach. Profesjonalny personel nie powinien mieć wątpliwości, czy powinien „ingerować” w życie innej osoby oferując tzw. „wsparcie pierwszej linii” (WHO, 2013) – empatia, prowadzenie łagodnej rozmowy, udzielenie niezbędnych informacji i troska mogą być jedyną szansą na zmianę sytuacji. Specjalista zaangażowany w proces badania przesiewowego powinien poinformować osobę badaną, że zarówno przemoc psychiczna, jak i fizyczna jest przestępstwem i że zgłoszenie sprawy na policję należy traktować jako jedyny sposób postawienia sprawcy przed wymiarem sprawiedliwości, pod warunkiem, że starsza ofiara chce to zrobić. Pracownik powinien wówczas wskazać instytucje lub organizacje, które udzielają bezpłatnych porad psychologicznych i prawnych oraz oferują pomoc medyczną. Pomocne byłoby również, gdyby pracownik znalazł kogoś innego (wspierającego członka rodziny, sąsiadów, przyjaciela ofiary), aby zachęcić ofiarę, by nie zmieniała zdania i zgłosiła przestępstwo. Nie należy zapominać o tym pozainstytucjonalnym wsparciu, które może być ważniejsze niż wysiłki profesjonalistów.

¹¹ Szerzej omówiono ten aspekt w Rezultacie 3. Projektu SAVE: Wytyczne dotyczące identyfikacji przemocy domowej wśród osób starszych, www.projectsave.eu.

Podstawowe prawa osób korzystających z opieki zdrowotnej zostały opisane m.in. w Europejskiej Karcie Praw Pacjenta (Active Citizenship Network 2002). Wskazuje ona m.in., że pacjent ma:

- prawo do informacji,
- prawo do wyrażenia zgody,
- prawo do prywatności i poufności,
- prawo do bezpieczeństwa.

5. ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO (PTSD)

Zespół stresu pourazowego (z ang. Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) to zaburzenie psychiczne charakteryzujące się objawami natręctw, unikania, negatywnych zmian w funkcjach poznawczych i nastroju oraz nadpobudliwości. Narażenie na traumatyczne wydarzenie, takie jak przemoc wobec osób starszych, może być związane z rozwojem PTSD. Jednak badania w tym obszarze są rzadkie i chociaż wydaje się, że istnieje związek między wykorzystywaniem osób starszych a zespołem stresu pourazowego, związek ten nie jest jeszcze całkowicie jasny (Acierno i in., 2017). Ważne jest, aby zwiększyć zrozumienie i ulepszyć strategie radzenia sobie z zespołem stresu pourazowego u osób starszych, które są ofiarami wykorzystywania. (Choi i in., 2018) Badania w tym obszarze są jednak skąpe i chociaż wydaje się, że istnieje związek między wykorzystywaniem osób starszych a zespołem stresu pourazowego, związek ten nie jest jeszcze całkowicie jasny.

Symptomy PTSD

Według Royal College of Psychiatrists PTSD to zaburzenie lękowe spowodowane bardzo stresującymi, przerażającymi lub niepokojącymi wydarzeniami. Jest to stan zdrowia psychicznego charakteryzujący się przeżyciem traumatycznego wydarzenia, takiego jak bycie ofiarą przemocy, i następującymi po nim skutkami psychicznymi tak poważnymi, że zaburzają normalne funkcjonowanie przez długi czas. Początkowy szok emocjonalny, strach, niepokój, smutek i gniew mogą ustąpić w ciągu miesięcy, ale PTSD może utrzymywać się przez dziesięciolecia. Wraz ze starzeniem się osób cierpiących na PTSD nie jest niczym niezwykłym, że objawy nasilają się, pojawiają się po raz pierwszy lub pojawiają się ponownie.

PTSD u starszych dorosłych może przejawiać się inaczej, na co wskazują częstsze doniesienia o złym stanie zdrowia, przewlekłym bólu i upośledzeniu funkcji poznawczych wśród osób starszych w porównaniu z młodszymi dorosłymi z historią traumy. Związek między skumulowaną ekspozycją na traumę a skutkami pourazowymi może stać się bardziej złożony wraz z wiekiem. (Ogle i in., 2014)

Wiele osób czuje się pogrążonych w żalu, przygnębionych, niespokojnych, winnych i złych po traumatycznym przeżyciu. Oprócz tych zrozumiałych reakcji emocjonalnych istnieją trzy główne typy objawów PTSD (Giving care, 2017):

Retrospekcje i koszmary

Retrospekcje w PTSD mogą być tak realistyczne, że wydaje się, że ktoś przeżywa traumatyczne doświadczenie od nowa. Oprócz widzenia tego w swoich myślach, ofiara może również odczuwać emocje i fizyczne odczucia tego, co się wydarzyło – strach, pocenie się, zapachy, dźwięki, ból. Retrospekcje mogą być wywołane przez zwykłe rzeczy. Na przykład, jeśli ktoś doświadczył kłótni z aktem przemocy i musiał uciekać w deszczu, deszczowy dzień może wywołać retrospekcję.

Unikanie i odrętwienie

Ciągłe przeżywanie traumatycznego doświadczenia może być zbyt przygnębiające. Tak więc strategią rozpraszania się jest zajęcie umysłu poprzez zatracenie się w hobby, bardzo ciężką pracę lub spędzanie czasu nad krzyżówkami lub układankami. Ofiary starają się unikać miejsc i ludzi, które przypominają im o traumie i starają się o tym nie mówić. Mogą również radzić sobie z bolesnymi uczuciami, próbując w ogóle nic nie czuć – stając się emocjonalnie odrętwiałymi. Ofiara woli mniej komunikować się z innymi ludźmi, którym wtedy trudno jest żyć lub pracować z taką osobą. Zachowania autodestrukcyjne, takie jak alkoholizm, nadużywanie substancji, samookaleczanie i próby samobójcze, również mogą wynikać z doświadczenia traumatycznego wydarzenia.

Bycie „w gotowości”


Ofiary molestowania lub innych traumatycznych wydarzeń mogą stwierdzić, że cały czas pozostają czujne, tak jakby nieustannie wypatrywały niebezpieczeństwa. Nie mogą się zrelaksować. Nazywa się to „nadczujunością”. Czują się niespokojne i trudno im zasnąć. Inni zauważają, że są nerwowe i drażliwe.

Inne symptomy PTSD

bóle mięśni / bóle w ogóle	objawy psychotyczne spowodowane PTSD
biegunka	zmiany osobowości
nieregularne bicie serca	uczucie paniki i strachu
bóle głowy	nadużywanie alkoholu
depresja	zażywanie narkotyków
bezsenna noc, częste przebudzenia	(w tym środków przeciwbólowych)

Badania pokazują, że starsze kobiety mogą być bardziej narażone na rozwój zespołu stresu pourazowego niż starsi mężczyźni z powodu przemocy seksualnej i fizycznej w domu (Dietlevsen, N. & Elklit, A. 2010, paragraf 3). Jednak starsze kobiety są zwykle niedodiagnozowane i częściej są postrzegane jako cierpiące na depresję, lęk lub zły stan zdrowia fizycznego niż PTSD. Wyższe wskaźniki PTSD odnotowano wśród ofiar znęcania się emocjonalnego (84,6% w porównaniu z 52,4%) i fizycznego (46,2% w porównaniu z 23,8%). (Sirey i in., 2018)

Zmiany ról i utrata funkcji (przejście na emeryturę, zwiększone problemy zdrowotne, zmniejszenie dochodów, utrata bliskich, zmniejszone wsparcie społeczne, upośledzenie



funkcji poznawczych, ogólne osłabienie) mogą sprawić, że radzenie sobie ze wspomnieniami wcześniejszych urazów będzie trudniejsze w starszym wieku. Aby radzić sobie z objawami PTSD we wczesnym i średnim wieku, osoby mogą angażować się w strategie radzenia sobie z problemem oparte na unikaniu, np. przez nadużywanie alkoholu. Adaptacja i odporność mogą jednak rozwijać się przez całe życie i stanowić bogate źródło strategii radzenia sobie z PTSD.

Diagnostyka i leczenie PTSD

W celu oceny starszych pacjentów pod kątem PTSD zaleca się pełne badanie psychiczne, w tym przesiewowe badanie funkcji poznawczych (Kaiser i in., 2017). Pomocne jest również obserwowanie traumy i powiązanych objawów, ponieważ starsi dorośli mają tendencję do minimalizowania ich znaczenia, ponieważ traumatyczne wydarzenia prawdopodobnie miały miejsce dawno temu.

Leczenie PTSD zazwyczaj obejmuje zarówno leki, jak i psychoterapię (Lacaster i in. 2016, Evidence-Based Treatments).

- **Psychoterapia.** W procesie przypominania sobie zdarzenia, które spowodowało traumę, omawiania go i próby zrozumienia, umysł archiwizuje te wspomnienia w normalny sposób, aby życie ofiary mogło toczyć się dalej.
- **Terapia poznawczo-behawioralna** (z ang. Cognitive behavior therapy, CBT). Ten rodzaj terapii pomaga zmienić sposób, w jaki ofiara myśli o swoich wspomnieniach, czyniąc je mniej stresującymi i łatwiejszymi do radzenia sobie. Zwykle stosuje się tu techniki relaksacyjne, aby łatwiej znosić ból wspomnień związanych z wydarzeniem, które spowodowało traumę.
- **Metoda odczulania i reprocesowania ruchu gałek ocznych** (z ang. Eye movement desensitization and reprocessing, EMDR). W tej terapii ruch gałek ocznych pomaga mózgowi przetwarzać powracające wspomnienia i rozumieć zdarzenie, które spowodowało uraz.
- **Terapia grupowa.** Rozmowy w grupie osób, które przeżyły podobne wydarzenia, pomagają rozwiązać poczucie izolacji i samotności.
- **Leki** mogą obejmować leki przeciwpsychotyczne, przeciwłękowe i przeciwdepresyjne. Leki przeciwdepresyjne zmniejszą nasilenie objawów stresu pourazowego i złagodzą depresję. Jeśli te środki okażą się skuteczne, należy je kontynuować przez około rok, a następnie powoli przerywać terapię. Jeśli objawy zakłócają sen i jasność myślenia, mogą pomóc środki uspokajające, ale nie należy ich przyjmować dłużej niż 10 dni.
- **Terapie skoncentrowane na ciele.** Fizjoterapia, terapia czaszkowo-krzyżowa, masaże, akupunktura, refleksologia, joga, medytacja i terapia tai chi pozwalają opanować stres i zmniejszyć poczucie ciągłej „gotowości” i napięcia.

Lekarz powinien stworzyć plan leczenia dostosowany do specyficznych objawów pacjenta, w tym czynników takich jak warunki życia osoby starszej, możliwości finansowe i stopień

samodzielności. Wytyczne National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Narodowy Instytut Doskonałości w obszarze Zdrowia i Opieki) sugerują, że terapie psychologiczne skoncentrowane na traumie (CBT lub EMDR) powinny być oferowane przed przyjęciem leków, o ile to możliwe.

Dbanie o siebie w PTSD

Samoopieka w przypadku starszych pacjentów z zespołem stresu pourazowego może przypominać ogólne wytyczne dotyczące samoopieki dla ofiar przemocy, zalecane np. w zakresie planowania bezpieczeństwa, wzmacniania sił psychicznych i emocjonalnych oraz radzenia sobie z traumą bycia maltretowanym. Należy jednak zauważyć, że nie ma badań na temat dowodów potwierdzających ich stosowanie w PTSD. Poniższe działania są również zalecane dla profesjonalistów pracujących z ofiarami przemocy jako środek przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu (Perttu i Laurola, 2020, s. 85-86).

POMOCNE STRATEGIE	ZŁE STRATEGIE
<p>rozpoznaj, kiedy trzeba poprosić o profesjonalną pomoc</p> <p>prowadź tak normalne życie, jak to możliwe</p> <p>wrót do swojej zwykłej rutyny</p> <p>wrót do pracy (lub – jeśli jesteś na emeryturze – znajdź zawód lub znajdź hobby)</p> <p>jedz i ćwicz regularnie według swoich możliwości</p> <p>porozmawiaj o tym, co stało się z kimś, komu ufasz</p> <p>spędzaj czas z rodziną i przyjaciółmi</p> <p>spróbuj ćwiczeń relaksacyjnych</p> <p>wrót do miejsca, w którym wydarzyło się traumatyczne wydarzenie</p> <p>spędzaj czas na łonie natury – uprawiając zajęcia na świeżym powietrzu, takie jak piesze wędrówki, spacer, jazda na rowerze. Jeśli potrzebujesz wsparcia w wychodzeniu, nie wahaj się o nie</p>	<p>obwinianie się za traumatyczne wydarzenie i zamartwianie się – objawy PTSD nie są oznaką słabości. Są normalną reakcją</p> <p>ukrywanie swoich uczuć – nie zatrzymuj tego dla siebie. Leczenie jest zwykle bardzo skuteczne</p> <p>unikanie mówienia o tym</p> <p>oczekiwanie, że szybko o wszystkim zapomnisz – Wspomnienia mogą pozostać przez jakiś czas.</p> <p>oczekiwanie od siebie zbyt wiele – pozwól sobie dostosować się do tego, co się stało</p> <p>trzymanie się z dala od innych ludzi</p> <p>picie dużych ilości alkoholu lub częstsze palenie</p> <p>przemęczanie się</p> <p>opuszczanie posiłków</p> <p>spędzanie wakacji w pojedynkę</p>

<p>poprosić (sąsiedzi, pracownik socjalny, opiekun, organizacja pozarządowa itp.)</p> <p>wyeliminuj uczucie bezradności, przypomnij sobie, że masz mocne strony</p> <p>pomagaj innym, swoim bliskim i potrzebującym (np. oddając krew), zostań wolontariuszem, podejmuj pozytywne działania</p> <p>zachowaj ostrożność podczas prowadzenia pojazdu – Twoja koncentracja może być słaba</p> <p>ogólnie bądź bardziej ostrożny – w tej chwili wypadki są bardziej prawdopodobne</p> <p>porozmawiaj z lekarzem, przyjacielem, bliską osobą</p> <p>spodziewaj się poprawy, że będzie lepiej.</p>	
--	--

Jak pomóc osobie doświadczającej stresu pourazowego (PTSD)

Poniżej znajdują się zalecenia dla przyjaciół, krewnych i współpracowników ofiar przemocy lub innych traumatycznych wydarzeń, wskazujące w jaki sposób mogą oni pomóc ofiarom w ich społeczności lub rodzinie.

TAK	NIE
<p>Bądź uważny na wszelkie zmiany w zachowaniu osoby strauumatyzowanej – słabe wyniki w pracy, spóźnienia, zwolnienia lekarskie, drobne wypadki</p> <p>Bądź uważny na złość, drażliwość, depresję, brak zainteresowania, brak koncentracji</p> <p>Poświęć trochę czasu, aby osoba, która przeżyła traumę, mogła opowiedzieć ci swoją historię</p> <p>Zadawaj ogólne pytania</p>	<p>Nie mów ofierze, że wiesz, jak się czuje – najprawdopodobniej nie wiesz</p> <p>Nie mów ofierze, że ma szczęście, że żyje – może tego tak nie odczuwać, nie jest to też empatyczna forma komunikacji</p> <p>Nie umniejszaj ich doświadczeń lub uczuć, mówiąc np.: „nie może być aż tak źle, naprawdę...”</p> <p>Nie zalecaj, aby po prostu „wzięli się w garść”</p>

Pozwól im mówić, nie przerywaj ani nie dziel się własnymi doświadczeniami Bądź z nimi, upewnij się, że mogą ci zaufać	Nie osądzaj osoby ani okoliczności
--	------------------------------------

6. ZARZĄDZANIE UJAWNIENIEM PRZYPADKU PRZEMOCY

Osoby udzielające pomocy osobom starszym powinny posiadać podstawowe informacje o instytucjach państwowych odpowiedzialnych za pomoc tej grupie społecznej. W UE opieka nad osobami starszymi realizowana jest poprzez dwa uzupełniające się systemy: opiekę zdrowotną i system pomocy społecznej wspierany przez III sektor – organizacje pozarządowe oraz prywatne organizacje nastawione na zysk.

Jeżeli bezpieczeństwo poszkodowanego jest zagrożone, pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej powinni jak najszybciej podjąć działania zapobiegające kontaktowi ze sprawcą. Zgodnie z różnymi systemami i przepisami krajowymi może to obejmować na przykład przeniesienie ofiary do schroniska, wydanie zakazu zbliżania się do sprawcy, wdrożenie planu bezpieczeństwa.

Istnieje kilka organizacji, z którymi można się skontaktować w przypadku wykrycia/podejrzenia przemocy oraz innych podmiotów oferujących wsparcie ofiarom przemocy. Chociaż należy je sprawdzić konkretnie w odniesieniu do obszaru, w którym mieszka ofiara, mogą one obejmować następujące organy:

Policja

W sytuacjach bezpośrednio zagrażających życiu lub zdrowiu – wezwij policję. Dla ofiar, które nie mogą wykonać połączenia telefonicznego, opracowano przyjazne dla użytkownika aplikacje. Możesz sprawdzić dostępność tych aplikacji w swoim kraju.

W Polsce są to np.: Alarm112, MojaKomenda, TwójParasol

Służba zdrowia

W ramach systemu opieki zdrowotnej istnieją zasadniczo trzy rodzaje usług, które mogą być zaangażowane:

- **Pogotowie ratunkowe:** w sytuacjach bezpośrednio zagrażających życiu lub zdrowiu
- **Usługi środowiskowe:** takie jak lekarz rodzinny lub pielęgniarki środowiskowe
- **Usługi specjalistyczne:** takie jak placówki opiekuńcze, świetlice, specjalistyczne usługi w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego.

Pomoc społeczna

System pomocy społecznej może oferować wsparcie ofiarom przemocy wobec osób starszych na różne sposoby, takie jak:

- Świadczenia pieniężne / dodatki
- Pomoc w opiece domowej
- Interwencja i ochrona kryzysowa
- Usługi specjalistyczne, np. dla ofiar przemocy

Jeżeli pracownicy instytucji lub organizacji zajmującej się niesieniem pomocy, pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej, poprzez obserwacje, intuicję, raporty osób trzecich, wyniki badań przesiewowych uważają, że ktoś jest poszkodowany i potrzebuje pomocy, nie powinni pozostawać obojętni. Jeśli chodzi o życie lub zdrowie innej osoby, profesjonaliści powinni działać rozsądnie, racjonalnie, zdecydowanie, aby chronić ofiarę. Jak wspomniano, profesjonalna interwencja kieruje się najczęściej przepisami prawa i/lub praktykami sprawozdawczymi własnej instytucji.

7. PLANOWANIE BEZPIECZEŃSTWA

Opracowanie planu bezpieczeństwa to metoda radzenia sobie z zagrożeniem lub inną formą przemocy. Dzięki przygotowaniu i opracowaniu spersonalizowanego planu, starsza ofiara przemocy będzie wiedziała, jak zachować się w sytuacji przemocy skierowanej przeciwko niej i jej bliskim. Innymi słowy, zestaw działań mających na celu stworzenie planu bezpieczeństwa może pomóc obniżyć ryzyko zranienia ofiary przez sprawcę.

Część przygotowań do planu bezpieczeństwa może wydawać się oczywista, ale w chwilach kryzysowych i sytuacjach wysokiego stresu taka lista kroków, które należy podjąć, pomaga działać w sposób jasny i logiczny. W ramce poniżej przedstawiono przykładowe kroki tworzenia planu bezpieczeństwa.

Należy podkreślić, że gdy plan bezpieczeństwa jest przygotowany, żaden element nie powinien być przyczyną kolejnych aktów przemocy; torba opisana w punkcie 3 (ramka poniżej) jest korzystna tylko wtedy, gdy nie ma absolutnie żadnej szansy na jej odnalezienie przez sprawcę, ponieważ odnalezienie torby może być czynnikiem zapalnym wywołującym przemoc.

Planowanie bezpieczeństwa emocjonalnego i dbanie o siebie

Bezpieczeństwo fizyczne jest ważne, ale ważne jest również, aby zadbać o dobre samopoczucie emocjonalne osób będących ofiarami przemocy. Planowanie bezpieczeństwa emocjonalnego polega na opracowaniu planu, który pomoże zaakceptować różne emocje i decyzje, planu, który zbuduje odporność na radzenie sobie ze skutkami przemocy. Kroki, które należy doradzić starszej ofierze nadużyć, to m.in.:

- Poszukaj wspierających, opiekuńczych osób
- Pracuj nad osiągalnymi, zdefiniowanymi celami
- Stwórz spokojne fizyczne miejsce, w którym twój umysł może się zrelaksować i poczuć się bezpiecznie
- Przypomnij sobie, że jesteś wyjątkowy i ważny
- Bądź dla siebie miły
- Ćwicz czynności samoopieki, tj.: prowadzenie osobistego dziennika, czytanie książki, spacer, wypicie kawy, robienie na drutach, malowanie, oglądanie ulubionego programu, słuchanie radia/lub ulubionej muzyki, pieczenie, modlitwa, przytulanie domowego pupila, śpiewanie itp.

Kroki tworzenia planu bezpieczeństwa w przypadku przemocy domowej (Centrum Wsparcia Rodziny, 2021)

1. Przygotuj listę numerów alarmowych, aby mieć je zawsze przy sobie (policja, przyjaciele, karetka itp.).
2. Zidentyfikuj miejsca, do których możesz się udać, jeśli musisz opuścić dom/uciekać, nawet jeśli myślisz, że to się nigdy nie zdarzy.

3. Przygotuj torbę z niezbędnymi rzeczami i przechowuj ją w miejscu dla Ciebie dostępnym, nieznanym sprawcy, skąd możesz ją szybko zabrać. Upewnij się, że sprawca nie ma szans na jej odnalezienie, ponieważ odnalezienie torby może wywołać przemoc.

Przedmioty zalecane do spakowania:

- ◆ dowód osobisty, paszport, prawo jazdy ◆ pieniądze, karty płatnicze ◆ telefon komórkowy ◆ klucze do mieszkania, samochodu, pracy ◆ leki, recepty ◆ karta ubezpieczenia ◆ świadectwa szkolne i zawodowe, książeczki zdrowia (dzieci) zeszyt z adresami i numerami telefonów ◆ akty urodzenia (wnuków) dzieci i akt małżeństwa ◆ ubrania, bielizna.
4. Powiedz swoim bliskim krewnym, rodzinie, sąsiadom itp. o swojej sytuacji. Ich pomoc jest dla Ciebie bardzo ważna. Poproś ich, aby wezwali policję, gdy twoje bezpieczeństwo będzie zagrożone.
 5. Uzgodnij z sąsiadami i znajomymi konkretny sygnał, dźwięk, który poinformuje ich, że Ty (i np. twoje wnuki czy bliscy) jesteś w niebezpieczeństwie i wzywasz ich na pomoc lub potrzebne jest wezwanie policji.
 6. Porozmawiaj z wnuczkami, dziećmi, bliskimi, jeśli mogą być zamieszani w taką sytuację – powinni być przygotowani na możliwe wydarzenia związane z przemocą. Naucz je dzwonić na policję i dawać znaki sąsiadom. Opracuj z nimi znak dla wezwania pomocy.
 7. Zastanów się, jak sprawca zachowuje się i reaguje, gdy zbliża się jego gniew: zidentyfikuj sygnały nadchodzącej przemocy ze strony sprawcy (co mówi, jak zachowuje się pod wpływem alkoholu, co ma na twarzy). wyraża się, jakie wykonuje gesty, czy pojawiają się jakieś obsesyjne myśli itp.), co może spowodować rozładowanie sytuacji zagrożenia.
 8. Zrób kopię ważnych dla Ciebie dokumentów, przechowuj je w miejscu niedostępnym dla sprawcy np. u zaufanych przyjaciół; sprawca mając twoje dokumenty może próbować je zniszczyć lub wykorzystać je przeciwko tobie.
 9. Otwórz własne konto bankowe, będziesz mógł zarządzać swoimi pieniędzmi.
 10. Stwórz kilka prawdopodobnych powodów wychodzenia z domu o różnych porach dnia i nocy. Np. wyjazd do sklepu spożywczego, spędzanie czasu z przyjaciółmi, dłuższe przebywanie w pracy, załatwianie różnych spraw.
 11. Jeśli to możliwe, przećwicz bezpieczną ucieczkę, w tym z bliskimi (wnukami, dziećmi), jeśli mieszkają z tobą. Użyjesz drzwi, okien czy schodów? Sprawdź tę drogę ucieczki, aby wiedzieć, czy przyda się ona w momencie ataku i jak najszybciej opuścisz dom.
 12. Zaplanuj, co zrobić, jeśli sprawca dowie się o Twoim planie.
 13. Jeśli to możliwe, trzymaj broń, taką jak broń palna i noże, zamknij ją i przechowuj ją w jak najbardziej niedostępnym miejscu.
 14. Zwróć uwagę na to, w jaki sposób odzież lub biżuteria mogą zostać użyte do wyrządzenia Ci krzywdy. Unikaj noszenia szalików lub biżuterii, które mogą cię skrzywdzić.
 15. Zaparkuj samochód w domu przodem do wyjazdu upewnij się, że jest zatankowany. Jeśli to możliwe, nie zamykaj drzwi kierowcy, a pozostałe pozostaw zablokowane, aby umożliwić szybki dostęp do pojazdu.
 16. Jeśli przemoc jest nieunikniona, skul się, tak bardzo jak to tylko możliwe. Przejdź w róg i zwiń się w kłębek, osłaniaj twarz ramionami z obu stron głowy, ze splecionymi palcami.

8. ZAPOBIEGANIE WYPALENIU ZAWODOWEMU


Praca z osobami starszymi, które mogą być lub są ofiarami przemocy, może wiązać się z różnymi i ambiwalentnymi odczuciami:

- brak odpowiednich umiejętności lub wsparcia, aby poradzić sobie z określonym przypadkiem/sytuacją
- brak pewności siebie personelu socjalnego i opieki zdrowotnej w zakresie skutecznej reakcji na podejrzenie znęcania się
- wszechmoc, pewność, że wiesz wszystko o tym, jak reagować i co robić
- dezorientacja – złość skutkująca bezradnością i frustracją z powodu:
 - braku rezultatów podjętych działań,
 - nieodpowiednich lub nieistniejących (wysokiej jakości) usług dla starszych osób maltretowanych, brak prostych i szybkich rozwiązań
 - czasu potrzebnego na słuchanie i wsparcie,
 - braku współpracy z drugiej strony – ofiary nadużyć
 - nawrotu aktów przemocy z powodu powrotu ofiary do sprawcy
- nadopiekuńcza postawa i zachowanie profesjonalisty
- wycofanie
- strach (przed sprawcą)
- empatia, współczucie, internalizacja uczuć i cierpienia ofiary.

Strategie wspierające specjalistów w badaniach przesiewowych pod kątem wykrywania przemocy wśród osób starszych

Pracownicy służby zdrowia i pracownicy socjalni muszą mieć **znaczny poziom przeszkolenia** w zakresie nie tylko badań przesiewowych pod kątem znęcania się nad osobami starszymi, ale także zarządzania tego typu sytuacją. W tym samym sensie **narzędzia i procedury** opracowane dla instytucji opieki zdrowotnej i opieki domowej muszą obejmować nie tylko badania przesiewowe, ale także interwencje związane z niewłaściwym traktowaniem osób starszych.

Proces przesiewowy wymaga połączenia wiedzy psychospołecznej, medycznej i prawnej, która może być różna w przypadku różnych pracowników. Może również wpływać na interpretację wyników. To, co mogłoby pomóc, to zdecydowanie zapewnienie konkretnych wytycznych, wsparcia/zasobów współpracowników i organizacji. Procedura przesiewowa musi wykraczać poza samo badanie przesiewowe i pomagać w opracowaniu interwencji skoncentrowanych na osobie w kontekście nadzoru klinicznego. Procedura musi odpowiadać na pytania: jak przeprowadzić kontrolę, jakie pytania zadać klientowi/pacjentowi lub rodzinie i jak interweniować. Nowo wdrożona procedura przesiewowa może zatem nie tylko wspierać ofiary wykorzystywania (po ujawnieniu), ale także zwiększać wrażliwość profesjonalistów na subtelne oznaki złego traktowania.



W praktycznych badaniach i testowych wdrożeniach procesu przesiewowego niektórzy uczestnicy zgłaszali „niedokumentowanie informacji z powodu kwestii poufności i niejasnych procedur” (Couture i in. 2016, s. 17). W grupach fokusowych, które odbyły się po testach, wspomnieli, że utrzymywanie relacji opartej na zaufaniu jest ważniejsze dla niektórych pracowników pomocy społecznej i opieki zdrowotnej niż omawianie złego traktowania osób starszych z potencjalnymi ofiarami. W takich sytuacjach **posiadanie określonej procedury** oraz **szkolenie** dotyczące kwestii poufności zapewniłoby, że wdrożenie procedury przesiewowej nastąpi w pełnym zakresie i nie będzie zależne od tendencyjnego podejścia i nierównych kompetencji wśród profesjonalistów.

Kolejną obawą wynikającą z badań jest to, że narzędzie przesiewowe może nie być stosowane systematycznie, zwłaszcza przez bardziej doświadczonych profesjonalistów, którzy twierdzą, że potrafią wyczuć ślady przemocy bez konieczności zadawania serii pytań. Jednocześnie takie narzędzie przesiewowe zapewnia strukturę i wsparcie dla badań przesiewowych dla mniej doświadczonych pracowników.

Poza wymienionymi wyżej czynnikami organizacyjnymi i środowiskowymi, instytucje opieki zdrowotnej i społecznej, które chcą skutecznie badać ofiary przemocy, powinny również rozważyć **regularną superwizję** jako narzędzie profilaktyki i radzenia sobie z potencjalną traumą (Powell i in., 2015, Dyskusja).

Superwizja może mieć następujące formy:

- szkolenie z zakresu stosowanej procedury przesiewowej
- bieżący nadzór – shadowing
- ocena spraw przez każdego pracownika socjalnego/pracownika służby zdrowia
- cotygodniowe 30-minutowe indywidualne spotkania superwizyjne z ich przełożonymi i dyskusja na temat przeanalizowanych przypadków.

Dobrze prowadzona superwizja powinna skutkować zwiększeniem wiedzy na temat złego traktowania osób starszych i czynników ryzyka oraz wyższym poziomem postrzeganych kompetencji do radzenia sobie z różnymi przypadkami. Należy stworzyć nowe plany działania dla klientów/pacjentów, aby konkretnie zająć się sytuacją złego traktowania, a wdrożenie wsparcia ze strony innych instytucji i usługodawców powinno nastąpić w sposób naturalny.

Ćwiczenia w ramach aktywnego uczenia się

Seria ćwiczeń, które można wykorzystać do zastosowania w praktyce treści teoretycznych przekazywanych w module.

ĆWICZENIE 1 – PARADA POST-IT (PARADA KARTECZEK)

Cel ćwiczenia: wsparcie uczestników w empatyzowaniu z samym sobą

Potrzebne materiały: karteczki samoprzylepne post-it

Instrukcje: dostarczyć uczestnikom kilka karteczek samoprzylepnych. Poproś ich, aby napisali na karteczkach wszystkie uczucia lub sytuacje, których spodziewają się, że może doświadczyć specjalista pracujący z potencjalnymi ofiarami przemocy w ich kraju, organizacji, kulturze lub systemie wsparcia. Poproś ich, aby użyli jednej karteczki samoprzylepnej dla każdego uczucia lub sytuacji, o której mogą pomyśleć.

Facylitator następnie zbiera karteczki samoprzylepne w miarę ich tworzenia przez wszystkich uczestników szkolenia i umieszcza je na tablicy/flipcharcie, grupując je według kategorii.

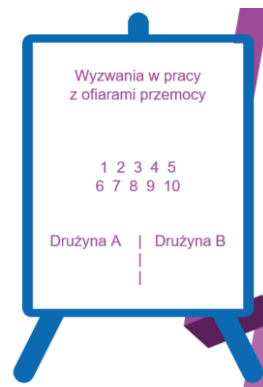
Sugerowane odpowiedzi grupy są następnie omawiane na forum, a trener w razie potrzeby uzupełnia wiedzę.

ĆWICZENIE 2 - GRA "POWTÓRKA"

Cel ćwiczenia: powtórzenie treści każdego z modułów


Potrzebne materiały:

- Lista 8-12 pytań otwartych do powtórzenia z grupą.
- Flipchart lub tablica z wzorem pokazanym po prawej stronie.
- Licznik czasu (np. stoper w smartfonie).
- Dwie karty kolorów, które pozwalają wyraźnie pokazać drugiej grupie „tak” lub „nie”.
- Mała nagroda dla zwycięskiej drużyny (zalecana, nie konieczna).



Instrukcje: Osoba prowadząca przedstawia uczestnikom zasady gry:

- Zespoły na zmianę wybierają numer pytania.
- Odpowiedź na każde z pytań to 1 punkt. Są 3 ukryte pytania bonusowe za 2 punkty.
- Po odczytaniu pytania przez lidera, zespół ma 20-30 sekund na przygotowanie odpowiedzi.
- Drugi zespół słucha odpowiedzi i odnosi się do niej, podnosząc kartę tak/nie. Karta tak oznacza, że zgadzają się z odpowiedzią. Brak karty oznacza, że odpowiedź nie jest całkowicie poprawna.
- Jeśli przeciwnicy dodali ważne informacje, drużyny dzielą punkt za pytanie.
- Jeżeli przeciwnicy poprawili istotny błąd w odpowiedzi drużyny – przejmują wszystkie punkty.
- Niezależnie od wyniku, następne pytanie wybiera druga drużyna.
- Zwycięska drużyna otrzymuje brawa i małą nagrodę od prowadzącego.



Pamiętaj, że najważniejszym celem gry nie jest wygrana czy dobra zabawa, ale efektywne powtórzenie materiału. Dlatego trener czuwa nad merytoryczną odpowiedzią, nie waha się uzupełnić brakujących informacji krótko i szybko, by nie zaburzyć dynamiki gry.

Uwaga dla trenera: Pytania do powtórki materiału powinny mieć formę pytania otwartego lub prośby o podanie określonej liczby cech lub nazwanie wszystkich elementów katalogu zamkniętego. Spośród pytań wybierz 3, które będą pytaniami bonusowymi z podwójną liczbą punktów.

Przykładowe pytania:

1. Co mogą zrobić rządy lub czego mogą robić więcej, aby zapobiegać nadużyciom wobec osób starszych? Podaj co najmniej 3 pomysły. Za wymienienie więcej niż 3 strategii, są dodatkowe punkty – *pytanie bonusowe*.
2. Jakie są objawy PTSD? Wymień główne 3 grupy.
3. Podaj 5 przykładów dbania o siebie w sferze emocjonalnej.
4. Wymień 5 różnych uczuć, które mogą powstrzymać starszą ofiarę przemocy przed ujawnieniem faktu bycia ofiarą.
5. Wymień co najmniej 7 kroków w tworzeniu planu bezpieczeństwa – *pytanie bonusowe*.
6. Podczas badania przesiewowego dowiedziałeś się, że Twój starszy pacjent jest ofiarą przemocy. Jakie mogą być Twoje pierwsze 3 kroki, aby zarządzić sytuacją ujawnienia przemocy?
7. Jakie zarzuty może usłyszeć sprawca po zgłoszeniu sprawy do prokuratury? Wymień 3, aby zdobyć 1 punkt, podaj co najmniej 6, aby otrzymać *punkt bonusowy*.
8. Jakie są podstawowe prawa do opieki zdrowotnej zgodnie z Kartą Praw Pacjenta UE?
9. Wymień co najmniej 3 rodzaje terapii PTSD.
10. Podaj przykłady co najmniej 3 rzeczy, których osoba NIE powinna mówić starszej ofierze przemocy z zespołem stresu pourazowego.

Wykaz źródeł

1. Acierno R, Hernandez-Tejada M A, Anetzberger G J, Loew D & Muzzy W 2017, 'The National Elder Mistreatment Study: an 8-year longitudinal study of outcomes.' *Journal of elder abuse & neglect*, 29(4), 254-269
2. Active Citizenship Network 2002, European Charter of Patients' Rights, viewed 30 May 2021, https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
3. Butler, R. N. (1975). *Why survive? Being old in America*. New York: Harper and Row
4. Centre for Family Support, viewed May 30th, 2021, http://centrumwsparciarodziny.pl/images/przemoc/plan_bezpiecze%C5%84stwa.pdf
5. Chang, ES & Levy BR 2021, 'High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, doi: 10.1016/j.jagp.2021.01.007
6. Choi, Y. J., O'Donnell, M., Choi, H. B., Jung, H. S., & Cowlshaw, S. (2018). Associations among elder abuse, depression, and PTSD in South Korean older adults. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1948.
7. Couture, M, Soulièreset, M, Israël, S & Sasseville, M 2016, 'Implementing a Systematic Screening Procedure for Older Adult Mistreatment Within Individual Clinical Supervision: Is It Feasible?', *Journal of Interpersonal Violence*, 1–21, doi: 10.1177/0886260516662851.
8. Dietlevsen N & Elklit A 2010, 'The combined effect of gender and age on post-traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder?', *Annals of General Psychiatry* 9, 32, doi: 10.1186/1744-859X-9-32
9. Dong, X., Chen, R., Chang, E. S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
10. European Institute for Gender Equality 2019, viewed 12 September 2021, <https://eige.europa.eu/publications/sexism-at-work-handbook/part-1-understand/what-sexism>
11. Eurostat 2020, *Mental health and related issues statistics 2020*, viewed 12 September 2021, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics
12. Giving Care 2017, 'Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) and Aging,' viewed 12 September 2021, <https://www.silverts.com/giving-care/index.php/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-and-aging>

13. Kaiser A, Wachen J, Potter C, Moye J & Davison E with the Stress, Health, and Aging Research Program (SHARP), 2017, 'Posttraumatic Stress Symptoms among Older Adults: A Review.' U.S. Department of Veterans Affairs, viewed 12 September 2021, https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/specific/symptoms_older_adults.asp
14. Killick, C & Taylor, BJ, 2009, 'Professional decision making on elder abuse: Systematic narrative review.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 211-238. doi: 10.1080/08946560902997421
15. Kramer, D et al. 2009, 'Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment', *International Journal of Psychiatry Medicine*, 2009;39(4):345-58, doi: 10.2190/PM.39.4.a
16. Lancaster, C L., Teeters, J B., Gros, D F., Back S E, 2016, 'Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment', *Journal of Clinical Medicine*, 5 (11), doi: 10.3390/jcm5110105
17. National Domestic Violence Hotline, viewed 31 May 2021, <https://www.thehotline.org/create-a-safety-plan/>
18. Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & mental health*, 18(3), 316-325.
19. Perttu, S & Laurola, H, 2020, 'How to Identify and Support Older Victims of Abuse. A training handbook for professionals, volunteers and older people', Tartu, Estonia, viewed 20 May 2021, https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova_Training-handbook_ENG.pdf
20. Polish Government Portal, Help for people affected by domestic violence, viewed 31 May 2021, <https://www.gov.pl/web/gov/skorzystaj-z-pomocy-dla-osob-dotknietych-przemoca-w-rodzynie>
21. Powell, BJ, Waltz, TJ, Chinman, MJ, Damschroder, LJ, Smith, JL, Matthieu, MM, Kirchner, JE, 2015, 'A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project.' *Implementation Science*, 10, Article 21, viewed 20 May 2021, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0209-1>
22. Rogers M 2016, 'Barriers to help-seeking: older women's experiences of domestic violence and abuse. Briefing note,' viewed 20 May 2021: <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/41328/>
23. Royal College of Psychiatrists, Public Education Committee, 2015, viewed 30 May 2021, <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-traumatic-stress-disorder?searchTerms=post%20traumatic>
24. Schmeidel, AN, Daly, JM, Rosenbaum, ME, Schmuck, GA & Jogerst, GJ, 2012, 'Healthcare professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 17-36, doi: 10.1080/08946566.2011.608044

25. Sirey, J., Scher, C., & Solomonov, N. (2018). PTSD AMONG ELDER ABUSE VICTIMS WITH DEPRESSED MOOD. *Innovation in Aging*, 2(Suppl 1), 989.
26. Stolee, P, Hiller, LM, Etkin, M. & McLeod, J, 2012 “Flying by the seat of our pants”: Current processes to share best practices to deal with elder abuse.’ *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 179-194.
27. Stowarzyszenie INTRO and Wrocław Commune, Kampania Przemoc (Campaign: Abuse) 2021, viewed 20 May 2021, https://www.kampaniaprzemoc.pl/przemoc_wobec_osob_starszych.php
28. Szukalski, P, 2009, ‘Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne’ (‘Ageism - individual and institutional manifestations’) in Halicka M, Halicki J & Czykier K. (ed), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy. (Adult and senior man in a situation of violence)*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, pp. 59-68.
29. Tamutiene I, De Donder L, Penhale B, Lang G, Ferreira-Alves J & Luoma M-L 2013, ‘Help seeking behaviour of abused older women (Cases of Austria, Belgium, Finland, Lithuania and Portugal).’ *Filosofija Sociologija*, 24(4), 217–225.
30. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, World Population Ageing 2020 Highlights, 2020, viewed 12 September 2021, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf
31. Violence Against Women and Girls (VAWG) Resource Guide | Brief on Violence Against Older Women, 2016, viewed 12 September 2021, https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/vawg_brief_on_older_women.pdf
32. WHO, <https://www.who.int/health-topics/elder-abuse>
33. WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
34. WHO, 2013, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, viewed 1 September 2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=FC840BCE28885E4120EB13558CF6FDEE?sequence=1
35. WHO. (2015). World report on ageing and health. Geneva: Author. See also: Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.

Ocena efektów uczenia się

Możesz użyć poniższych pytań, aby ocenić postępy swoich uczniów. Poprawne odpowiedzi są podkreślone.

1. Głównymi elementami w większości definicji przemocy wobec osób starszych są: działania i zaniechania po stronie sprawcy, które powodują krzywdę lub stwarzają poważne ryzyko krzywdy osoby starszej. Sprawcą może być opiekun lub inna osoba, której ufa osoba starsza.

PRAWDA CZY FAŁSZ

2. Niewyjaśnione upadki i urazy, złamania o nieokreślonej przyczynie, oparzenia i siniaki w nietypowych miejscach lub o nietypowym charakterze, skaleczenia, ślady palców lub inne oznaki przymusu fizycznego, ślady na skórze sugerujące, że dana osoba mogła być związana są uważane za oznaki przemocy fizycznej.

PRAWDA CZY FAŁSZ

3. Które z poniższych elementów są czynnikami ryzyka znęcania się nad osobami starszymi?
 - a) Zależność, niepełnosprawność osoby starszej
 - b) Zły stan zdrowia psychicznego osoby starszej
 - c) Bycie kobietą
 - d) Brak usług wspierających/szkoleniowych dla opiekunów
 - e) Wszystkie powyższe

4. Termin „rutynowe zadawanie pytań” odnosi się do badania przemocy ze strony partnera bez stosowania kryteriów pełnego programu badań przesiewowych obowiązujących w obszarze zdrowia publicznego.

PRAWDA CZY FAŁSZ

5. Pozytywny wynik badania przesiewowego pod kątem znęcania się nad osobami starszymi oznacza, że:
 - a) z pewnością ma miejsce przemoc wobec osoby starszej
 - b) należy zebrać dalsze informacje
 - c) dana osoba nie jest ofiarą nadużycia.

6. Wykrywanie nadużyć wobec osób starszych z demencją w porównaniu do osób starszych bez demencji to:
 - a) większe wyzwanie
 - b) mniejsze wyzwanie
 - c) nie ma różnicy

7. W jaki sposób można wyrazić zgodę podczas rutynowego zadawania pytań /badania przesiewowego?
- tylko wyraźnie
 - tylko domyślnie
 - zarówno wyraźnie, jak i domyślnie

8. W ramach rutynowego zadawania pytań/badania przesiewowego specjalista PODEJRZELAJĄCY przemoc wobec osoby starszej musi ZAWSZE zgłosić takie podejrzenia.

PRAWDA CZY FAŁSZ

9. Dokumentując odpowiedzi na pytania otwarte, osoba wykonująca badanie przesiewowe powinna je notować dosłownie.

PRAWDA CZY FAŁSZ

10. Jakie są główne objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD)?

- Przeżywanie na nowo urazowej sytuacji w natrętnych wspomnieniach i koszmarach sennych
- Unikanie ludzi/miejsc/rzeczy przypominających traumę oraz poczucie odrętwienia emocjonalnego
- Bycie „w gotowości”
- Wszystkie powyższe

11. Które z poniższych grup działań są dobrymi przykładami technik dbania o swój stan emocjonalny

- pomaganie innym, swoim bliskim i osobom potrzebującym (np. oddawanie krwi), bycie wolontariuszem, podejmowanie pozytywnych aktywności; spędzanie czasu na łonie natury – angażowanie się w zajęcia na świeżym powietrzu
- trzymanie się z dala od innych ludzi; wykonywanie ćwiczeń relaksacyjnych; urlopowanie w pojedynkę
- spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi; jedzenie i regularne ćwiczenie zgodnie z własnymi możliwościami; picie alkoholu lub kawy w dużych ilościach lub palenie większej ilości papierosów
- ukrywanie swoich uczuć, niedzielenie się trudnymi doświadczeniami, unikanie mówienia o nich.

12. Które z poniższych uczuć mogą powstrzymać starszą osobę będącą ofiarą przemocy przed ujawnieniem nadużyć?

- Troska o sprawcę lub wstyd za niego
- Wina
- Nadzieja
- Strach
- Wszystkie powyższe

